

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Caractéristiques psychologiques associées aux attitudes et comportements alimentaires
problématiques chez les étudiant.es-athlètes universitaires

par

Sophie Labossière

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M.Sc.)

Programme de Maîtrise en psychoéducation

Septembre 2019

© Sophie Labossière, 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Caractéristiques psychologiques associées aux attitudes et comportements alimentaires
problématiques chez les étudiant.es-athlètes universitaires

par

Sophie Labossière

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Thibault Isabelle

Directrice de la recherche

Université de Sherbrooke

Touchette Luc

Membre du jury

Université de Sherbrooke

Jean-Pascal Lemelin

Membre du jury

Université de Sherbrooke

Mémoire accepté le 23 août 2019

SOMMAIRE

Les attitudes et comportements alimentaires problématiques (ACAP), tout comme les troubles des conduites alimentaires, réfèrent à des préoccupations envahissantes pour l'alimentation, l'apparence et le poids, à une influence du poids et de l'apparence sur l'estime de soi ainsi qu'à des perturbations des comportements alimentaires. Par contre, les ACAP se distinguent des troubles des conduites alimentaires de par leur fréquence, intensité et récurrence plus faibles. Les ACAP entraînent des conséquences importantes (par exemple : présence de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété, altèrent la qualité de vie et les relations familiales et sociales, augmentent les risques de présenter des troubles des conduites alimentaires) et touchent 10 % de la population générale. Certaines populations sont plus à risque de présenter cette difficulté en raison de multiples défis et stress qu'elles doivent affronter. C'est d'ailleurs le cas des étudiant.es-athlètes universitaires, qui doivent surmonter au même moment des enjeux en lien avec le début de l'âge adulte, les études universitaires et la pratique de sport universitaire élite. À ce jour, peu de chercheurs se sont intéressés à comprendre les caractéristiques psychologiques associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires.

L'étude actuelle a comme objectifs de 1. Déterminer la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires présentant des ACAP ; 2. Déterminer les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiant.es-athlètes présentant ou non des ACAP ; 3. Évaluer quelles sont les variables psychologiques les plus fortement associées à la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires.

L'échantillon est composé de 133 étudiant.es-athlètes faisant partie de l'équipe sportive de leur université québécoise lors de l'année scolaire 2018-2019. Pour mesurer les ACAP, trois outils ont été employés, soit l'Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3), le Questionnaire for a diagnosis of orthorexia et le Muscle Dysmorphic Disorder Inventory. Trois outils ont été utilisés pour évaluer les caractéristiques psychologiques, soit l'EDI-3, le Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 et l'Indice de détresse psychologique de l'enquête santé Québec.

Afin de répondre à l'objectif 1, des analyses descriptives (fréquences, proportions) et comparatives (tests-t) ont été réalisées. Ces dernières ont permis d'observer que 19,5 % de l'échantillon total présente des ACAP (21,1 % chez les femmes et 15,8 % chez les hommes, $p > 0,05$). Ensuite, pour répondre au second objectif, des analyses descriptives (moyennes, écarts-types) et comparatives (tests-t) ont été effectuées, permettant d'observer que parmi l'ensemble des variables psychologiques évaluées (c'est-à-dire 24 variables), seules cinq d'entre elles permettaient de distinguer significativement les groupes de participant.es avec et sans ACAP. Ainsi, les participant.es ayant des ACAP présentaient significativement ($p \leq 0,05$) plus d'ascétisme, de difficulté de régulation émotionnelle, d'aliénation interpersonnelle, de problèmes cognitifs et une plus faible estime de soi que les participant.es exempts d'ACAP. En lien avec le troisième objectif, une régression linéaire multiple a été réalisée, permettant d'observer que lorsque les variables de contrôles (sexe et présence de stress financier) et les variables psychologiques (inefficacité, problèmes interpersonnels, problèmes affectifs, surcontrôle, intériorisation des idéaux de beauté de la société et détresse psychologique) sont intégrées dans la

régression, seules deux variables ressortent significatives (le sexe et le surcontrôle). Lorsque la régression est réalisée à nouveau avec ces deux variables, le modèle explique 36,3 % de la variance ($p \leq 0,01$) en lien avec le score d'ACAP continu. De ces deux variables, c'est le surcontrôle qui contribue le plus au modèle ($\beta = 0,595$ comparativement à $\beta = 0,208$ pour le sexe). En résumé, en contrôlant pour le sexe, plus un ou une étudiant.e-athlète universitaire aurait de surcontrôle, plus il ou elle présenterait un score d'ACAP élevé.

Face à ces résultats, il est nécessaire de conscientiser les entraîneurs à la problématique des ACAP afin qu'ils en connaissent les manifestations et les conséquences permettant de repérer des étudiant.es-athlètes plus à risque et de leur offrir un soutien supplémentaire en prenant le temps de discuter avec eux ou en les référant à des professionnels spécialisés. Une piste à envisager serait de réaliser des interventions préventives portant sur une évaluation de l'adéquation entre les capacités de l'étudiant.e-athlète universitaire et les demandes de son environnement. Pour ce faire, il semble essentiel que les entraîneurs et les étudiant.es-athlètes prennent un moment en début de la saison sportive pour discuter en dyade des objectifs de l'étudiant.e-athlète afin de les rendre concrets et réalistes et de régulièrement effectuer ces rencontres au cours de la saison sportive afin de les ajuster au besoin. Finalement, des discussions d'équipe ponctuelles pourraient avoir lieu afin de discuter de sujets importants comme les techniques de gestion du stress, de l'alimentation intuitive, des ressources d'aide disponibles et des idéaux de beauté sociétaux.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
REMERCIEMENTS.....	13
INTRODUCTION.....	14
PREMIER CHAPITRE. PROBLÉMATIQUE.....	16
1. CONTINUUM DES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES	16
2. DÉFINITIONS ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES TCA	17
2.1 Définitions des TCA	18
2.2 Prévalences, ratio selon le sexe et âge de survenue des TCA	22
2.3 Pronostic des TCA	23
3. DÉFINITIONS ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES ACAP	23
3.1 Définitions des ACAP	24
3.2 Prévalence, âge de survenue des ACAP et ratio pour le sexe	25
3.3 Conséquences des ACAP	26
4. CADRE THÉORIQUE.....	27
5. ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX ET SPÉCIFICITÉS DES ÉTUDIANT.ES-ATHLÈTES UNIVERSITAIRES	29
5.1 Enjeux développementaux du jeune adulte.....	30
5.2 Enjeux liés aux études universitaires	32
5.3 Enjeux liés à la pratique sportive compétitive	35
5.4 Stresseurs spécifiques aux étudiant.es-athlètes universitaires	37
6. QUESTION DE RECHERCHE PRÉLIMINAIRE.....	38
DEUXIÈME CHAPITRE. RECENSION DES ÉCRITS	40

1.	MÉTHODE DE RECENSION.....	40
2.	CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES	43
2.1	Devis des études.....	43
2.2	Recrutement des participant.es.....	44
2.3	Caractéristiques des échantillons	45
2.4	Ratio selon le sexe.....	46
2.5	Instruments de mesure.....	46
3.	RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES	47
3.1	Perfectionnisme.....	48
3.2	Estime de soi	48
3.3	Anxiété et stress	50
3.4	Affects négatifs	50
3.5	Autres dimensions affectives	52
3.6	Performance	53
3.7	Optimisme	55
3.8	Raisons de faire de l'exercice	55
3.9	Intériorisation des idéaux sociétaux	55
3.10	Synthèse des principaux résultats des études recensées.....	56
4.	FORCES ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	58
5.	BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS	60
	TROISIÈME CHAPITRE. MÉTHODOLOGIE	62
1.	CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	62
2.	DEVIS DE L'ÉTUDE.....	64
3.	LES PARTICIPANT.ES	64
4.	VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE	65
4.1	ACAP (variables dépendantes)	66
4.2	Caractéristiques psychologiques (variables indépendantes)	70
5.	MÉTHODES D'ANALYSES DES DONNÉES.....	73
	QUATRIÈME CHAPITRE. RÉSULTATS.....	75

1.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE PREMIER OBJECTIF	75
2.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE DEUXIÈME OBJECTIF	82
3.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE TROISIÈME OBJECTIF	85
3.1	Variables de contrôle retenues	85
3.2	Variables psychologiques retenues	86
3.3	Régression linéaire multiple	89
	CINQUIÈME CHAPITRE. DISCUSSION	91
1.	ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	91
1.1	Objectif 1	91
1.2	Objectif 2	93
1.3	Objectif 3	98
1.4	Implications théoriques et pratiques	100
1.5	Questionnements soulevés	104
2.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	105
2.1	Forces	106
2.2	Limites	108
3.	RETOMBÉES CLINIQUES	111
	CONCLUSION	115
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	118
	ANNEXE A. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES	146
	ANNEXE B. SPORTS PRATIQUÉS PAR LES ÉTUDIANT.ES-ATHLÈTES	
	UNIVERSITAIRES	150
	ANNEXE C. CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES ÉTUDIÉES PAR LES	
	ÉTUDES	152

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données sociodémographiques des participant.es.....	77
Tableau 2. Données sportives des participant.es.....	79
Tableau 3. Proportion de participant.es présentant des ACAP.....	80
Tableau 4. Scores continus des types d'ACAP selon le sexe.....	81
Tableau 5. Caractéristiques psychologiques selon la présence d'ACAP.....	84
Tableau 6. Corrélations entre les variables à l'objectif 3.....	88
Tableau 7. Modèle de régression linéaire des caractéristiques psychologiques les plus associées aux ACAP.....	90
Tableau 8. Caractéristiques des études recensées.....	149
Tableau 9. Sports pratiqués par les étudiant.es-athlètes universitaires.....	153
Tableau 10. Caractéristiques psychologiques étudiées par les études.....	155

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Continuum des attitudes et comportements alimentaires.....	16
Figure 2 - Facteurs associés aux TCA basés sur le modèle de Garner.....	27
Figure 3 – Processus de recherche documentaire.....	43

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACAP : Attitudes et comportements alimentaires problématiques

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

TCA : Trouble des conduites alimentaires

« Si on veut obtenir quelque chose que l'on n'a jamais eu,
il faut tenter quelque chose que l'on n'a jamais fait. » Périclès

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les gens qui m'ont accompagnée dans cette aventure que sont les études supérieures. Plus précisément, je tiens à souligner le soutien inestimable de la professeure Isabelle Thibault tout au long de mon parcours académique. Ses précieux conseils, son généreux partage de connaissances, sa disponibilité et sa patience ont su faire évoluer mes réflexions et m'ont permis d'acquérir un ensemble de connaissances et compétences qui me sont utiles tant au plan professionnel que personnel. Je tiens aussi à remercier les professeurs du cursus académique qui m'ont fourni les outils, mais aussi les pistes de réflexion nécessaires à l'accomplissement de ce mémoire. Enfin, je remercie mes parents, mon frère, ma sœur et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien constant.

Pour finir, je tiens à remercier les Fonds de recherche du Québec en santé et culture ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada pour leurs appuis financiers tout au long de ma maîtrise.

Vous avez tous contribué à rendre le résultat, tout comme l'expérience, à la hauteur de mes attentes ; enrichissants, valorisants, passionnants et formateurs.

INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur les caractéristiques psychologiques associées aux attitudes et comportements alimentaires problématiques (ACAP) présentés par les étudiant.es-athlètes universitaires. Les ACAP découlent de pressions sociétales et consistent en des perceptions, croyances et conduites rigides par rapport à l'apparence, l'alimentation et le poids (p. ex. : jeûne, restriction alimentaire, exercice physique excessif) (Rhee, Appugliese, Prisco, Kaciroti, Corwyn, Bradley et Lumeng, 2010). Les pressions pour la minceur réfèrent à des idéaux de minceur stricts et difficiles à atteindre ou à maintenir (Dunn, Lewis et Patrick, 2010). Les ACAP sont relatifs aux troubles des conduites alimentaires (TCA), mais avec une intensité, gravité et persistance moindre que ce qu'implique un diagnostic de TCA (Cohen et Petrie, 2005; Cook, MacPherson et Langille, 2007; Vust, 2012). Néanmoins, les ACAP interfèrent avec l'adaptation de la personne en affectant les sphères physique (effets négatifs sur la santé, augmentation du poids corporel, etc.), psychologique (augmentation de la détresse psychologique, précurseurs des TCA ou d'autres problématiques de santé mentale) et sociale (diminution de la qualité de vie liée à la famille, les pairs et l'école) des individus (Anderson et Petrie, 2012 ; Fairweather-Schmidt, Lee et Wade, 2015 ; Kärkkäinen, Mustelin, Raevuori, Kaprio et Keski-Rahkonen, 2017 ; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg et Loth, 2011 ; Patton, Selzer, Coflfey, Carlin et Wolfe, 1999 ; Stein, Chen, Corte, Keller et Trabold, 2013 ; Wade, Wilksch et Lee, 2012). Les étudiant.es-athlètes universitaires sont plus à risque de développer des ACAP que les étudiant.es universitaires ou les athlètes ou les jeunes adultes en raison de leur triple statut (étudiant.e, athlète et jeune adulte) et des nombreux stress inhérents à ces statuts (Greenleaf, Petrie, Carter et Reel, 2009 ; Hoerr,

Bokram, Lugo, Bivins et Keast, 2002 ; Solmi et al., 2014 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004). En fait, les étudiant.es-athlètes universitaires présenteraient certaines caractéristiques psychologiques (anxiété de performance, faible estime de soi, faible régulation émotionnelle, etc.) qui, combinées à de multiples stressseurs (transition vers la vie adulte, augmentation du niveau sportif, etc.) contribueraient au développement d'ACAP (Berry et Howe, 2000 ; Engel, Johnson, Powers, Crosby, Wonderlich, et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie, Greenleaf, Reel et Carter, 2009a ; Williamson, Netemeyer, Jackman, Anderson, Funsch, et al., 1994 ; Wollenberg, Shriver et Gates, 2015).

Ce mémoire vise à mieux comprendre les liens entre les facteurs psychologiques et le développement d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Pour ce faire, le premier chapitre de ce mémoire présente les concepts à l'étude ainsi que la prévalence, l'incidence et les conséquences des ACAP. Un modèle théorique est ensuite présenté, puis une attention spécifique est portée sur la population à l'étude. Ce chapitre se termine par la question préliminaire de recherche. Le deuxième chapitre vise à répondre à cette question à l'aide d'une recension des écrits scientifiques. Ce chapitre se termine par la présentation des trois objectifs de recherche. Puis, le troisième chapitre présente la méthode de recherche. Il sera suivi par le quatrième chapitre qui aborde les résultats obtenus en lien avec les trois objectifs de l'étude. La discussion du cinquième chapitre vise à discuter des résultats obtenus en les comparant à ce qui a été réalisé auparavant dans les écrits scientifiques, puis les résultats sont expliqués en lien avec le modèle explicatif sous-jacent à cette étude et des questionnements sont soulevés. Pour finir, les forces et limites de l'étude sont soulignées ainsi que ses retombées. Une conclusion de la présente étude clôt ce mémoire.

PREMIER CHAPITRE. PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre vise à présenter la problématique à l'étude. Pour ce faire, le continuum des attitudes et comportements alimentaires sera défini. Puis, les différentes problématiques relatives aux zones clinique et sous-clinique de ce continuum seront approfondies. Ensuite, les prévalences, les ratios selon le sexe et l'âge de survenue ainsi que les conséquences de ces problématiques seront abordés. Puis, un cadre théorique sera présenté. Par la suite, les enjeux liés à la période développementale du début de l'âge adulte, ceux relatifs aux études universitaires, à la pratique sportive de haut niveau ainsi que ceux précisément liés aux étudiant.es-athlètes universitaires seront discutés. Ce chapitre se conclura par la question préliminaire de recherche.

1. CONTINUUM DES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Les attitudes et les comportements alimentaires se distribuent sur un continuum allant d'une zone non clinique (absence de difficultés) à une zone clinique (présence de difficultés importantes, graves et persistantes) en passant par une zone sous-clinique (présence de difficultés) (Torstveit, Rosenvinge et Sundgot-Borgen, 2008). La figure 1 illustre ce continuum (Monthuy-Blanc, Gagnon-Girouard, Thibault, Dupont, Blier, Fortin et al., 2016).

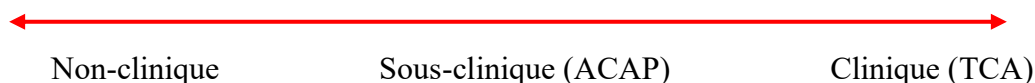


Figure 1. Continuum des attitudes et comportements alimentaires

L'extrémité gauche de ce continuum est la zone non clinique. Ces attitudes et comportements alimentaires concernent le fait de consommer des aliments divers (fruits et légumes, produits céréaliers, produits laitiers, viandes et substituts) de façon équilibrée en termes de quantité et d'être à l'écoute des signaux de faim et de satiété, permettant ainsi de répondre aux besoins du corps. L'alimentation est donc source de plaisir, ce qui s'exprime par différents moyens (exemple : repas en famille et entre amis, découverte de nouvelles saveurs ou aliments, etc.) (Gouvernement du Québec, 2018). L'alimentation ne comporte pas d'aliments interdits jugés malsains pour la santé ou le poids (Gouvernement du Québec, 2018). L'extrémité droite du continuum est la zone clinique, ce qui correspond aux attitudes et comportements alimentaires qui présentent une intensité, une gravité et une fréquence correspondant aux critères diagnostiques d'un TCA (exemple : anorexie mentale, boulimie, etc.) (Torstveit et al., 2008). Au centre du continuum se trouve la zone sous-clinique, c'est-à-dire les ACAP. Ces attitudes et comportements alimentaires visent le contrôle ou la perte de poids, mais ne présentent pas l'intensité, la gravité ou la fréquence des TCA. Les zones cliniques (TCA) et sous-cliniques (ACAP) seront approfondies dans les prochaines sections.

2. DÉFINITIONS ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES TCA

Cette section vise à présenter les troubles qui réfèrent à la zone clinique du continuum des attitudes et comportements alimentaires. Ces troubles sont l'anorexie mentale, la boulimie, les accès hyperphagiques, l'orthorexie et la dysmorphie musculaire. Ces problématiques seront

d'abord définies, puis leurs prévalences, le ratio selon le sexe, l'âge de survenue ainsi que le pronostic seront documentés.

2.1 Définitions des TCA

Les attitudes et comportements alimentaires cliniques concernent les TCA des adolescents et des adultes, soit l'anorexie mentale, la boulimie et les accès hyperphagiques, ainsi que deux problématiques (orthorexie et dysmorphie musculaire) faisant consensus dans les écrits scientifiques, mais ne figurant pas dans le DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2015).

L'anorexie mentale concerne une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins de la personne ce qui conduit à un poids significativement bas, considérant l'âge, le sexe, le stade de développement ou l'état de santé de la personne. De plus, celle-ci présente une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse ou présente des comportements persistants interférant avec la prise pondérale, et ce, même si son poids est insuffisant. Finalement, la personne peut présenter une distorsion de son image corporelle ou une influence excessive de cette image corporelle sur son estime de soi ou un déni de la gravité de la maigreur (APA, 2015). L'anorexie mentale se divise en deux sous-types ; le type restrictif et le type accès hyperphagiques/purgatifs. Ces sous-types se distinguent par l'absence (type restrictif) ou la présence (type accès hyperphagiques/purgatifs) au cours des trois derniers mois de crises de suralimentation suivies de comportements compensatoires tels les vomissements (APA, 2015).

La boulimie réfère à la présence d'accès hyperphagiques récurrents suivis de comportements compensatoires inappropriés. Un accès hyperphagique se définit par l'absorption d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient en une telle période de temps limité (maximum de deux heures) dans les mêmes circonstances ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire durant la crise. Dans les moments suivant la crise, la personne use de comportements compensatoires inappropriés (exemple : vomissements, laxatifs, etc.) dans l'optique de prévenir la prise de poids. Ces crises et comportements compensatoires doivent survenir au moins une fois par semaine durant trois mois pour qu'un diagnostic de boulimie soit posé. L'estime de soi des personnes présentant une boulimie est affectée de façon excessive par le poids et la forme corporelle (APA, 2015).

Les accès hyperphagiques sont un trouble relativement nouveau qui est apparu dans la version révisée du DSM IV-TR (APA, 2011) et dont les critères ont été révisés dans le DSM-5 (APA, 2015). Ce trouble concerne la présence d'accès hyperphagiques récurrents. Ces crises de glotonneries doivent répondre aux deux mêmes caractéristiques (absorption d'une grande quantité de nourriture avec une impression de perte de contrôle) que pour la boulimie. Toutefois, dans le cas des accès hyperphagiques, les crises ne sont pas suivies de comportements compensatoires (absence de vomissement ou autre comportement compensatoire suivant la crise). Ces crises sont aussi associées à au moins trois des caractéristiques suivantes : se sentir très coupable ou déprimé après avoir mangé, manger seul pour éviter la gêne liée à la grande quantité de nourriture ingérée, manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir une sensation de

faim, manger jusqu'à ressentir une distension abdominale pénible et manger à une vitesse beaucoup plus rapide que normalement. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée et doivent survenir en moyenne une fois par semaine pendant trois mois pour que le diagnostic soit émis.

L'orthorexie n'est pas un trouble clinique reconnu dans le DSM-5 (APA, 2015). Bien qu'il ait fait l'objet d'une attention particulière dans les écrits scientifiques et dans les médias, il demeure encore peu étudié. Les chercheurs s'étant attardés à cette problématique ont surtout porté leur attention sur sa définition. Malgré une absence de définition officielle dans la littérature, celles disponibles ont plusieurs points communs. Ainsi, l'orthorexie consiste en une préoccupation envahissante pour l'alimentation saine, conduisant à l'évitement de toute nourriture ne correspondant pas aux critères personnels de la personne. Les préoccupations relatives à la santé sont inhabituelles et envahissantes et une détresse significative est présente face à la consommation d'aliments considérés malsains. Les personnes présentant une orthorexie vivent des impacts significatifs de la diète dans les sphères importantes de fonctionnement (socialisation, travail, etc.) et une perte de poids secondaire au régime alimentaire adopté est généralement présente (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle et Hay, 2015 ; Bundros, Clifford, Silliman et Neyman Morris, 2016 ; Dunn et Bratman, 2016 ; Varga, Dukay-Szabó, Túry et van Furth, 2013).

La dysmorphie musculaire est parfois nommée anorexie mentale inversée ou bigorexie. Ces termes sont utilisés de façon indistincte dans la littérature pour référer à la même problématique. Dans ce mémoire, le terme dysmorphie musculaire a été choisi, car il s'agit du

terme le plus fréquemment utilisé. Ce trouble ne figure pas dans le DSM-5 (APA, 2015), mais est de plus en plus documenté dans la littérature. De façon opérationnelle, la dysmorphie musculaire réfère à une préoccupation importante et très envahissante à savoir que le corps n'est pas suffisamment maigre et musclé (Leone, Sedory et Gray, 2005 ; Pope, Gruber, Choi, Olivardia et Phillips, 1997). Ces préoccupations entraînent une détresse et une perturbation cliniquement significative du fonctionnement. Par exemple, les personnes présentant une dysmorphie musculaire peuvent se soustraire régulièrement à d'importantes activités sociales, professionnelles ou récréatives pour répondre à un besoin compulsif de maintenir leur programme d'entraînement et leur diète alimentaire. Ces personnes peuvent aussi éviter les situations où leur corps est exposé à d'autres, ou ne supportent ces situations qu'avec une détresse marquée ou une anxiété intense. Elles auront aussi tendance à continuer à s'entraîner, à suivre un régime ou à utiliser des substances ergogènes (améliorant les performances) malgré la présence de conséquences physiques ou psychologiques indésirables (Pope et al., 1997). Tout comme l'orthorexie, l'étude de la dysmorphie musculaire demeure préliminaire, la définition présentée ici étant la plus précise qu'il a été possible de recenser.

Tous ces troubles cliniques ont comme points communs l'obsession pour l'alimentation, les préoccupations envahissantes pour l'apparence et le poids, l'influence du poids et de l'apparence sur l'estime de soi et les perturbations des comportements alimentaires.

2.2 Prévalences, ratio selon le sexe et l'âge de survenue des TCA

La prévalence de l'anorexie mentale est de 0,4 à 2 % alors qu'elle est de 1 % à 6 % pour la boulimie (APA, 2015 ; Carter et Rudd, 2005 ; Hinton et Kubas, 2005). Pour ces deux troubles, le ratio selon le sexe est de 10 filles pour un garçon. Pour l'accès hyperphagique, la prévalence est de 0,8 % chez les hommes et de 1,6 % pour les femmes (APA, 2015). Les données de prévalence pour l'orthorexie sont très variables, mais les études portant sur la population générale indiquent une prévalence de 1 % (Barthels, Meyer, Huber et Pietrowsky, 2017 ; Bundros et al., 2016). Les études actuelles ne permettent pas de déterminer de ratio selon le sexe pour l'orthorexie (Varga et al., 2013). En ce qui concerne la dysmorphie musculaire, les études ayant établi les prévalences comportent tellement de limites que ces données ne sont pas représentatives et ne permettent pas de dresser un portrait de la prévalence de ce trouble dans la population générale. Toutefois, ce trouble serait plus prévalent chez les hommes (González-Martí, Bustos, Jordán et Mayville, 2012 ; Leone et al., 2005 ; Suffolk, Dovey, Goodwin et Meyer, 2013). L'anorexie mentale, la boulimie et l'accès hyperphagique débutent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 2015). Quant à l'orthorexie et la dysmorphie musculaire, les données de recherche indiquent une prévalence plus importante au début de l'âge adulte (Bo, Zoccali, Ponzio, Soldati, De Carli, Benso et al., 2014 ; González-Martí et al., 2012 ; Leone et al., 2005 ; Suffolk et al., 2013).

2.3 Pronostic des TCA

Le pronostic de l'anorexie mentale est largement défavorable (APA, 2015) : près de 30 % des personnes auraient un pronostic intermédiaire (diminution de l'intensité, de la gravité ou de l'intensité des symptômes, mais certains symptômes demeurent présents et altèrent l'adaptation) et environ 20 % des cas présenteraient le trouble de façon chronique (Roux, Chapelon et Godart, 2013 ; Steinhausen, 2009). Pour la boulimie, le pronostic est tout aussi sombre, car les comportements tendent à persister plusieurs années, même s'ils peuvent être entrecoupés de périodes de rémission (APA, 2015). Pour les accès hyperphagiques, le pronostic serait aussi défavorable, même si les taux de rémission sont légèrement supérieurs à ceux de l'anorexie mentale et de la boulimie (APA, 2015). Les TCA en général, et l'anorexie mentale en particulier, présentent les taux de mortalité les plus élevés parmi les problèmes de santé mentale (Fisher, 2003 ; Steinhausen, 2002). Les données actuelles ne permettent pas de documenter les conséquences à long terme de l'orthorexie et la dysmorphie musculaire. Toutefois, à court terme, ces deux troubles entraînent une altération du fonctionnement (Bağcı Bosı, Camur, Güler, 2007 ; Bartrina, 2007 ; Leone et al., 2005).

3. DÉFINITION ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES ACAP

Cette section vise à définir les attitudes et comportements alimentaires de la zone sous-clinique du continuum des attitudes et comportements alimentaires. Les prévalences, le ratio selon

le sexe et l'âge de survenue de ces concepts seront aussi présentés. Puis, les conséquences seront également discutées.

3.1 Définitions des ACAP

Les ACAP réfèrent à des attitudes, préoccupations et comportements visant le contrôle de l'alimentation et du poids de façon à répondre aux idéaux sociétaux en termes d'apparence physique. Tout comme les TCA, les ACAP réfèrent à une obsession pour l'alimentation, des préoccupations envahissantes pour l'apparence et le poids, l'influence du poids et de l'apparence sur l'estime de soi et les perturbations des comportements alimentaires. De façon opérationnelle, les ACAP correspondent à la présence de jeûne, de restriction alimentaire, au fait de sauter des repas ou de consommer des coupe-faims, à un exercice physique excessif, une distorsion de l'image, une insatisfaction corporelle, des préoccupations pour le poids et la forme corporelle, une peur de prendre du poids et une recherche de minceur (DeBate, Severson, Cragun, Gau, Merrell, Bleck et al., 2013 ; Foreyt et Mikhail, 1997 ; Schur, Sanders et Steiner, 2000 ; Sinton et Birch, 2005). Ces attitudes, préoccupations et comportements sont proches des problématiques cliniques (anorexie mentale, boulimie, accès hyperphagiques, orthorexie, dysmorphie musculaire), mais s'en distinguent par l'intensité, la gravité et la persistance nécessaires à l'établissement des diagnostics de ces problématiques cliniques. Les ACAP consistent généralement en des changements dans les habitudes alimentaires qui se produisent en relation à des événements stressants, à une maladie, à des insatisfactions corporelles ou à des compétitions sportives (Milligan et Pritchard, 2006).

3.2 Prévalence, âge de survenue des ACAP et ratio selon le sexe

Les études les plus récentes ont permis d'établir qu'environ 10 % des personnes âgées de 16 ans et plus provenant de la population générale présentaient des ACAP (Solmi et al. 2014). Les ACAP peuvent se développer à tout âge, mais il appert qu'ils se développeraient avec une plus forte incidence au début de l'adolescence et de l'âge adulte et seraient associés aux événements stressants liés à ces périodes développementales tel le départ de la maison familiale pour les études et la progression vers l'autonomie financière (Allen, Byrne, Oddy et Crosby, 2013 ; Braun, Sunday, Huang et Halmi, 1999 ; Carlat, Camargo et Herzog, 1997 ; Merikangas, He, Burstein, Swanson, Avenevoli, Cui et al., 2010 ; Sears, Tracy et McBrier, 2012 ; Yu, Indelicato, Fuglestad, Tan, Bane et Stice, 2018). Ce champ d'études étant relativement récent, il n'a pas été possible d'identifier de ratio selon le sexe dans les écrits scientifiques. Par contre, les ACAP affectent les filles et les femmes à une plus forte prévalence que les garçons et les hommes (Grossbard, Atkins, Geisner et Larimer, 2013; Lafrance Robsinson, Kosmerly, Mansfield-Green et Lafrance, 2014; Quick et Byrd-Bredbenner, 2013). D'ailleurs, l'étude de Lipson et Sonnevile (2017) réalisée auprès de 9713 étudiants universitaires provenant de 12 universités aux États-Unis relève des ACAP significativement plus élevés ($p \leq 0,05$) chez les femmes (17,0 %) que les hommes (5,5 %). À cet effet, les disparités par sexe dépendent des types d'ACAP présentés (Yu et al. 2018). Dans leur étude, Neumark-Sztainer et al. (2011) ont relevé que 60,7 % des femmes, comparé à 33 % des hommes, indiquent présenter des comportements de contrôle du poids malsains (jeûner, manger très peu, utiliser des substituts alimentaires, sauter des repas et fumer plus de cigarettes). Ces mêmes auteurs ont observé que 20,4 % des femmes, comparés à 7,3 % des hommes, ont indiqué

faire preuve de mesures extrêmes de contrôle du poids en utilisant des laxatifs et des diurétiques. Toutefois, les garçons et les hommes sont plus susceptibles que les filles et les femmes de déclarer des crises de boulimie et de faire des exercices excessifs pour contrôler leur poids (Striegel-Moore, Rosselli, Perrin, DeBar, Wilson et al., 2009).

3.3 Conséquences des ACAP

Les ACAP préoccupent considérant leurs nombreuses conséquences négatives. D'abord, les personnes présentant des ACAP sont de 5 à 18 fois plus à risque de développer une problématique clinique (anorexie mentale, boulimie, etc.). Outre le fait que les ACAP sont considérés comme des précurseurs des TCA, ils entraînent de multiples conséquences sur l'adaptation. Ainsi, les ACAP sont associés à des effets néfastes sur la santé, dont une augmentation du poids, et ce, même si à la base, les ACAP visent le contrôle du poids (effet yoyo). Les ACAP sont également associés à la présence de détresse psychologique chez les personnes et à la présence d'autres problématiques de santé mentale (exemple : dépression, anxiété, etc.). De plus, les ACAP contribuent à altérer la qualité de vie ainsi que les relations familiales et sociales des personnes touchées (plus de conflits dans les relations et retrait social observable) (Anderson et Petrie, 2012 ; Fairweather-Schmidt et al., 2015 ; Kärkkäinen et al., 2017 ; Neumark-Sztainer et al., 2011 ; Patton et al., 1999 ; Stein et al., 2013 ; Wade et al., 2012).

4. CADRE THÉORIQUE

Cette section vise à présenter un cadre théorique portant sur le développement des ACAP. Notons que quelques modèles explicatifs des ACAP ont été proposés dans les écrits scientifiques, mais les chercheurs (Hutchinson, Rapee et Taylor, 2010 ; Muris, Meesters, van de Blom et Mayer, 2005 ; Neumark-Sztainer et al., 2011) ayant proposé ces modèles précisent que le devis transversal de leur étude et le peu de facteurs considérés limitent la validité externe de ces modèles. Il est néanmoins intéressant de constater que ces chercheurs se sont intéressés aux mêmes variables que celles identifiées dans les études portant sur les TCA. Ce choix est logique considérant que les ACAP s'inscrivent sur un continuum des attitudes et comportements alimentaires (Torsveit et al., 2008) et que tout comme les TCA, les ACAP résulteraient de la combinaison d'un ensemble de facteurs de risque (Neumark-Sztainer et al., 2011). Suivant cette perspective et devant l'absence de modèle conceptuel exhaustif sur les ACAP, le modèle explicatif retenu pour cette étude est celui de Garner (2004). Ce modèle présenté à la figure 2 fait office de référence dans le domaine des TCA.

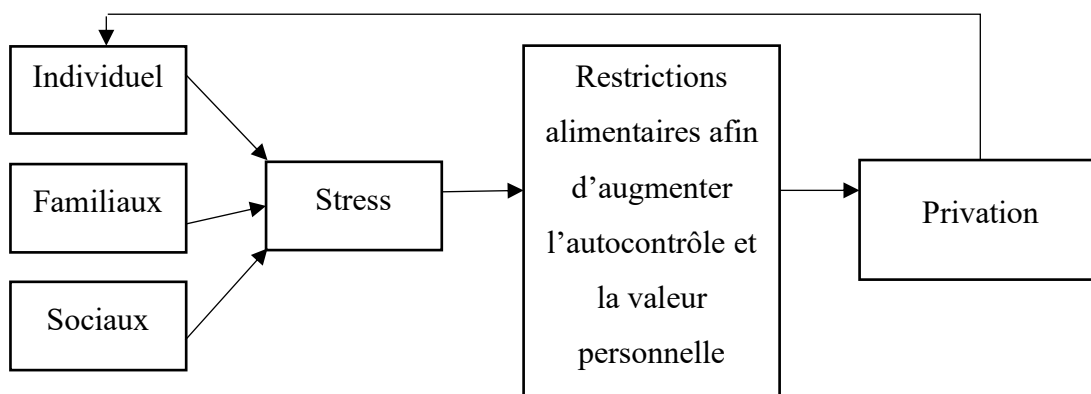


Figure 2. Facteurs associés aux TCA basés sur le modèle de Garner (2004, 1993)

Selon ce modèle, les personnes avec un TCA présentaient avant le début de leur trouble certaines vulnérabilités individuelles (faible estime de soi, perfectionnisme, etc.) familiales (difficultés de résolution de conflits, problèmes de santé mentale des parents, etc.) et sociales (difficultés à entrer en relation, taquineries liées au poids, etc.) qui agissent comme facteurs prédisposants (Gan, Mohd Nasir, Zalilah et Hazizi, 2012 ; Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan et Izgic, 2006 ; Striegel-Moore et Bulik, 2007). Ces vulnérabilités contribuent à altérer les capacités adaptatives des personnes pour faire face aux stressseurs (p. ex. déménagement, début des études universitaires, etc.) qui caractérisent la période développementale. Ces stressseurs agissent comme facteurs précipitants potentiels de la problématique. Combiné aux vulnérabilités individuelles, familiales et sociales, le fait d'être confronté à un cumul de stressseurs génère de la détresse psychologique, ce qui incite la personne à trouver une réponse rassurante pour retrouver un certain équilibre personnel et contrôle sur sa vie. La restriction alimentaire représente alors un moyen tout indiqué pour perdre du poids ou pour retrouver une certaine assurance sur le plan de l'apparence physique. Avec le temps, la privation alimentaire s'accroît et un glissement vers les troubles des conduites alimentaires a lieu (facteurs de maintien). Considérant que les ACAP sont une forme sous-clinique des TCA, il est probable qu'ils concernent seulement les facteurs prédisposants et précipitants de ce modèle, sans le glissement vers les TCA (facteurs de maintien) (Berry et Howe, 2000 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2009a ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015). Les facteurs prédisposants et précipitants relatifs aux étudiant.es-athlètes universitaires seront explorés dans les prochaines sections de ce chapitre.

5. ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX ET SPÉCIFICITÉS DES ÉTUDIANT.ES-ATHLÈTES UNIVERSITAIRES

Ce mémoire porte sur la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Le choix de cette population s'explique notamment par la forte proportion d'ACAP au sein de cette population. La prévalence d'ACAP chez les étudiantes-athlètes (femmes) universitaires se situe entre 14 % et 25 % alors qu'elle est de 16,6 % à 19,2 % pour les étudiants-athlètes (hommes) universitaires (Anderson et Petrie, 2012 ; Greenleaf et al., 2009 ; Petrie et al., 2009a ; Sanford-Martens, Davidson, Yakushko, Martens et Hinton, 2005). Ces prévalences d'ACAP sont plus élevées que celles présentées dans la population générale (10 %), par les athlètes de haut niveau (13,5 %) et par les étudiant.es universitaires (10,9 % des femmes et 4,0 % des hommes) (Hoerr et al., 2002 ; Solmi et al., 2014 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004). Les étudiant.es-athlètes universitaires sont une population particulièrement à risque de développer des ACAP, car ils sont confronté.es simultanément à un triple défi, soit le passage à la vie adulte, les études universitaires et la pratique sportive de haut niveau (Boyd et Bee, 2017 ; Greenleaf et al., 2009 ; Papalia et Feldman, 2014). En lien avec le modèle de Garner, ces éléments contextuels sont des stressseurs pouvant agir à titre de facteurs précipitants des ACAP. Cette section vise à présenter ces stressseurs. Pour ce faire, les défis développementaux inhérents au début de l'âge adulte sont d'abord abordés. Ils sont suivis de ceux relatifs aux étudiant.es universitaires et de ceux relatifs aux sportifs de haut niveau. Cette section se conclura par une synthèse des stressseurs spécifiques aux étudiant.es-athlètes universitaires.

5.1 Enjeux développementaux du jeune adulte

Plusieurs chercheurs considèrent que le début de l'âge adulte (18 à 25 ans) représente une période de vulnérabilité pour le développement d'ACAP (Hoerr et al., 2002), car il s'agit d'une période caractérisée par plusieurs bouleversements individuels, familiaux et sociaux.

Au plan individuel, cette période est marquée par des tâches développementales qui impliquent souvent des transitions importantes (exemple : départ de la maison familiale) entraînant un accroissement de l'autonomie (Papalia et Feldman, 2014). Ainsi, le jeune adulte doit apprendre à assumer plusieurs nouvelles responsabilités, notamment l'indépendance financière et affective, à un moment où il est aussi confronté à une certaine instabilité résidentielle et professionnelle. Cette autonomie est à la fois très libératrice, mais aussi anxiogène (Papalia et Feldman, 2014). Outre cette acquisition d'autonomie, le début de l'âge adulte est caractérisé par une acquisition sur le plan de l'identité. Même si les identités sexuelles, culturelle et de genre sont en général acquises à l'adolescence, c'est au début de l'âge adulte que les identités professionnelle et idéologique se confirment (Stassen Berger, 2010). Cette période développementale est aussi importante pour l'exploration et l'établissement des habitudes et croyances en matière de santé et d'alimentation (Nelson, Story, Larson, Neumark-Sztainer et Lytle, 2008).

En ce qui concerne les sphères familiales et sociales, cette nouvelle autonomie qui caractérise le début de l'âge adulte entraîne une modification de l'influence de la famille et du

réseau social (Nelson et al., 2008). L'instabilité résidentielle et professionnelle inhérente à cette période de vie entraîne des modifications dans les relations interpersonnelles. Le jeune adulte est donc appelé à se créer de nouvelles relations professionnelles et sociales. D'ailleurs, selon la théorie d'Erikson, cette période développementale est caractérisée par la sixième crise du développement psychosocial (intimité versus isolement) (Papalia et Feldman, 2014). À cet âge, le jeune adulte doit apprendre à se retrouver avec lui-même, à tolérer l'isolement de façon à développer son identité, tout en apprenant à développer des relations intimes durables. S'il n'y arrive pas, le jeune adulte est à risque de vivre un sentiment d'isolement et d'être très centré sur lui-même (Papalia et Feldman, 2014). Au début de l'âge adulte, les relations amoureuses sont plus présentes et le partenaire amoureux devient la principale figure d'attachement (Boyd et Bee, 2017). Ainsi, le jeune adulte apprend à développer une relation amoureuse intime dans laquelle il s'engage profondément et pour laquelle il vit une passion (Boyd et Bee, 2017 ; Papalia et Feldman, 2014). L'identité qui se solidifie au début de l'âge adulte est nécessaire pour l'établissement de ces relations intimes, car elle permet le développement de relations de qualités empreintes de camaraderie, d'affection et de soutien affectif (Papalia et Feldman, 2014).

L'acquisition de l'autonomie, la solidification de l'identité, le bouleversement de l'influence de la famille et le développement de nouvelles relations sociales et amoureuses peuvent représenter de grands défis développementaux pour les jeunes adultes, surtout lorsqu'ils sont confrontés simultanément à d'autres transitions (exemple : déménagement, réorientation scolaire ou professionnelle, etc.) et pressions environnementales (exemple : attentes scolaires, professionnelles, familiales, etc.) (Boyd et Bee, 2017). Le jeune adulte doit être en mesure de

concilier le temps qu'il investit à l'école, au travail, auprès de ses amis, de sa famille et de son conjoint (Boyd et Bee, 2017). Le fait de combiner plusieurs sphères de vie à la fois (exemple : études, travail et vie de famille) tend à augmenter le stress chez les jeunes adultes, particulièrement chez les femmes (Papalia et Feldman, 2014).

5.2 Enjeux liés aux études universitaires

Les étudiant.es universitaires sont exposé.es aux enjeux développementaux du jeune adulte, en plus d'être confrontés aux défis inhérents aux études universitaires. À cet effet, le passage des études collégiales aux études universitaires peut impliquer une double rupture, c'est-à-dire une rupture sociale et pédagogique (Boujut et Décamps, 2012). D'abord, cette transition peut entraîner une perte de soutien social puisque les étudiant.es doivent généralement se reconstruire un réseau dans leur programme universitaire (Greenleaf et al., 2009). Ensuite, au plan pédagogique, les étudiant.es universitaires sont confronté.es à la pression de se conformer aux exigences académiques universitaires (Cooley et Toray, 2001 ; Fitzsimmons-Craft, Harney, Brownstone, Higgins et Bardone-Cone, 2014 ; Wollenberg et al., 2015). En effet, les étudiant.es universitaires doivent développer une plus grande autonomie sur le plan de l'acquisition de leurs apprentissages qu'auparavant (Farenga, 2018). Les études universitaires sont aussi associées à des aptitudes spécifiques qu'il faut acquérir, telles une écriture avancée et une pensée critique (Christie, Tett, Cree et McCune, 2016). Contrairement aux études préuniversitaires, les études universitaires confrontent les étudiant.es à une pensée philosophique et scientifique ainsi qu'à des contenus transmis dans un contexte de relativité des connaissances (Stassen Berger, 2010). De

plus, la charge de travail, plus élevée qu'aux études secondaires et collégiales, requiert des méthodes de travail plus efficaces (Christie et al., 2016). Or, le développement de ces aptitudes et méthodes de travail requiert du temps. D'ailleurs, il a été démontré que les étudiant.es qui terminent leurs études universitaires maîtrisent mieux la communication orale et écrite, la pensée abstraite et l'analyse critique en plus de faire preuve d'une plus grande flexibilité intellectuelle que ceux qui commencent leur parcours universitaire (Pascarella et Terenzini, 1991). Ainsi, le temps que les étudiant.es développent ces aptitudes et méthodes de travail, ils risquent d'avoir plus de difficultés à s'acclimater aux nouvelles demandes universitaires, de vivre des sentiments négatifs face à leur scolarité et d'obtenir de plus faibles résultats scolaires (Postareff, Mattsson, Lindblom-Ylänne et Hailikari, 2017). Ces émotions négatives peuvent avoir un impact sur leurs capacités d'apprentissage, le développement de leur identité et leur bien-être (Linnenbrink-Garcia and Pekrun 2011; Pekrun, Goetz, Frenzel, Barchfeld et Perry, 2011; Trigwell, Ellis et Han, 2012).

Dans ce contexte de rupture sociale et pédagogique, il appert que plusieurs étudiant.es universitaires présentent des traits anxieux. Ces derniers seraient occasionnés par la difficulté à comprendre les cours, à s'adapter à la vie universitaire, à résoudre des problèmes de façon autonome et à affronter les périodes d'examens. Cette anxiété serait aussi liée à l'appréhension face à l'avenir de même qu'à la vie professionnelle et à des difficultés dans les relations familiales (Sakin Ozen, Ercan, Irgil et Sigirli, 2010).

Cette période est aussi souvent associée à une prise de poids. Celle-ci s'explique par le stress élevé auquel les étudiant.es sont confronté.es, à la diminution de la pratique d'activité

physique et aux changements alimentaires qu'ils adoptent (Bundros et al., 2016 ; Racette, Deusinger, Strube, Highstein et Deusinger, 2008). À cet effet, moins de 50 % des étudiant.es pratiquent un sport de façon modérée et le tiers ne pratiquent aucune activité physique (Racette, Deusinger, Strube, Highstein et Deusinger, 2004). De plus, une étude démontre que les étudiant.es universitaires tendent à avoir un régime alimentaire à teneur élevée en sucre, sodium et gras alors qu'il comporte peu de fruits, légumes, grains entiers et fibres (Silliman, Rodas-Fortier et Neyman, 2004). Aussi, les étudiant.es sont porté.es à sauter des repas (Silliman et al., 2004), à consommer des repas à préparation rapide et à manger au restaurant (Mayfield, Tang et Bosselman, 2014). Ainsi, les étudiant.es universitaires, principalement ceux qui ont un surpoids ou souffrent d'obésité (Celio, Luce, Bryson, Winzelberg, Cuning, Rockwell et al., 2006), sont plus à risque d'entreprendre des diètes et de présenter des insatisfactions corporelles. Ces difficultés auraient pour sources les pressions sociales, la faible estime de soi et les perceptions irréalistes d'un corps idéal (Dalley et Buunk, 2011 ; Liechty et Lee, 2013 ; Striegel-Moore et al., 2009). Notons d'ailleurs que les étudiant.es universitaires sont particulièrement à risque de développer des ACAP. Hoerr et al. (2002) ont dénoté une prévalence d'ACAP de 4,0 % chez les étudiants universitaires et une prévalence plus importante (10,9 %) chez les étudiantes universitaires. D'ailleurs, il est estimé que 91 % des étudiantes universitaires surveillent leur apport calorique pour contrôler leur poids et 22 % suivraient un régime à une fréquence qualifiée de souvent ou toujours (Noordenbos, Oldenhav, Terpstra et Muschter, 2000).

5.3 Enjeux liés à la pratique sportive compétitive

Les athlètes sont plus à risque de développer des ACAP et des TCA que les personnes provenant de la population générale. Les résultats d'une étude d'envergure indiquent que significativement plus d'athlètes que de personnes de la population générale (13,5 % vs 4,6 % ; $p < 0,001$) présentaient des ACAP ou des TCA (Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004). Comme une grande proportion d'athlètes élités s'engage dans les ACAP, ces comportements peuvent être perçus par le monde sportif comme acceptables pour performer. Ceci rend l'identification d'ACAP plus difficile, car il n'est pas aisé de dissocier ce qui appartient à la pratique sportive de ce qui réfère aux ACAP (Bar, Cassin et Dionne, 2016). Les conséquences des ACAP sur la santé et la performance des athlètes dépendent de la durée des ACAP, de leur degré de dénutrition, de la présence de moyens extrêmes pour contrôler le poids (exemple : se faire vomir) et des demandes physiques du sport qu'ils pratiquent (Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004). Cette présence significative d'ACAP dans la population athlète s'explique par plusieurs facteurs.

D'abord, les athlètes sont confrontés à plusieurs pressions caractéristiques du monde sportif. Notons, à titre d'exemple, les critères spécifiques des juges sportifs (exemple : gymnastique, cheerleading, nage synchronisée, etc.), les limites de poids à respecter (exemple : boxe, football, etc.) et les attentes de l'entraîneur ou des coéquipiers (DiPasquale et Petrie, 2013 ; Petrie, Greenleaf, Carter et Reel, 2007). Deuxièmement, comme les athlètes s'entraînent et évoluent dans un milieu social nettement compétitif, les comparaisons entre athlètes basées sur la performance constituent la norme ce qui peut accentuer la présence d'ACAP (Kong et Harris,

2015). Troisièmement, le fait d'être axé sur la performance sportive peut entraîner les ACAP. En effet, les résultats de certaines études suggèrent que les ACAP présentés par les athlètes peuvent tirer leur origine dans la motivation de ces derniers à atteindre un corps idéal, lequel est associé à une performance sportive optimale (de Bruin, Oudejans, Bakker et Woertman, 2011 ; Martinsen, Bratland-Sanda, Eriksson et Sundgot-Borgen, 2010 ; Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013). Comme la nutrition joue un rôle crucial pour améliorer les performances et la récupération, atteindre un poids idéal, modeler le corps et prévenir les pathologies physiques, les athlètes peuvent tendre vers des comportements alimentaires trop restrictifs, ce qui entraîne des ACAP (Segura-García, Papaiani, Caglioti, Procopio, Nisticò, Bombardiere et al., 2012). Bien que la recherche d'habitudes alimentaires extrêmement saines puisse être considérée comme une réaction naturelle des athlètes orientés vers la performance, elle pourrait aussi être un signe précurseur ou signalant la présence d'ACAP chez les athlètes (Segura-García et al., 2012). Aussi, d'autres chercheurs concluent que les risques élevés de présenter des ACAP chez les athlètes découleraient de leur tendance à contrôler leur alimentation sans consulter de nutritionnistes sportifs (Bonci, Bond, Granger, Johnson, Malina, Milne et al., 2008). Finalement, plus les athlètes pratiquent un sport de haut niveau, plus ils sont à risque de développer des ACAP (Krentz et Warschburger, 2013 ; Smolak, Murnen et Ruble, 2000 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004 ; Torstveit et al., 2008). En effet, comme les athlètes élités peuvent être motivés à suivre un régime alimentaire pour atteindre un succès sportif (Bratland-Sanda et Sundgot-Borgen, 2012 ; Rodriguez, DiMarco et Langley, 2009 ; Torstveit et al., 2008), une prévalence plus élevée de TCA a été observée chez les athlètes élités en comparaison aux athlètes récréatifs (Smolak et al., 2000). À ce sujet, les athlètes de haut niveau tendent à être plus critiques envers leur corps sportif que leur corps social et ont

des idéaux corporels plus stricts (de Bruin et al., 2011). Selon ces auteurs, le corps sportif fait référence à l'image interne qu'une personne a de son corps et à l'évaluation de cette image dans un contexte sportif alors que son corps social est lié à l'évaluation de cette image dans un contexte de vie quotidienne. Ainsi, de Bruin et al. (2011) suggèrent qu'un athlète peut être satisfait de la forme de son corps dans l'environnement social, mais insatisfait de la forme ou de la performance de son corps dans l'environnement sportif et vice-versa. Le fait qu'ils considèrent la forme de leur corps dans deux contextes plutôt qu'un les rend plus à risque de développer des ACAP (de Bruin et al., 2011).

5.4 Stresseurs spécifiques aux étudiant.es-athlètes universitaires

Considérant les périodes de vulnérabilité que sont les transitions à l'âge adulte et aux études supérieures, les étudiant.es universitaires sont à risque de développer des ACAP (Hoerr et al., 2002). En effet, les multiples défis auxquels sont confrontés les étudiant.es universitaires (départ de la maison familiale, indépendance, bouleversements des habitudes alimentaires et sportives, prise de poids, exigences académiques supérieures, créer de nouvelles relations sociales, etc.) augmentent les risques de développer des ACAP (Cooley et Toray, 2001; Fitzsimmons-Craft et al., 2012; French et Jeffery, 1994 ; Wollenberg et al., 2015). Lorsque s'ajoute à ces enjeux la pratique d'un sport de haut niveau, les risques de présenter des ACAP s'intensifient. En effet, les environnements sportifs élités sont associés, entre autres, à un haut niveau de compétitivité, aux comparaisons entre athlètes et à des pressions venant des entraîneurs visant le maintien d'une silhouette mince et d'un poids corporel faible afin de maximiser les performances (Currie, 2010 ;

de Bruin, Bakker et Oudejans, 2009 ; Kong et Harris, 2015). En fait, les étudiant.es-athlètes universitaires sont particulièrement à risque de présenter des ACAP, en raison de leur triple statut (jeune adulte, étudiant.es universitaires et athlètes), ce qui trouve écho dans de plus fortes prévalences d'ACAP rapportées dans cette population. Ces prévalences sont préoccupantes, tout comme les effets des ACAP sur l'adaptation des personnes (précurseurs des TCA, présence de comorbidités psychiatriques, diminution de la qualité de vie, etc.) (Anderson et Petrie, 2012 ; Fairweather-Schmidt et al., 2015 ; Kärkkäinen et al., 2017 ; Neumark-Sztainer et al., 2011 ; Patton et al., 1999 ; Stein et al., 2013 ; Wade et al., 2012).

6. QUESTION DE RECHERCHE PRÉLIMINAIRE

En lien avec le modèle de Garner (2004), les étudiant.es-athlètes universitaires sont confrontés à de multiples stressseurs pouvant agir comme facteurs précipitants des ACAP. Il y a toutefois lieu de se demander quels facteurs distinguent les étudiant.es athlètes-universitaires qui développent des ACAP de ceux qui n'en présentent pas. Considérant la multitude de facteurs prédisposants individuels, familiaux et sociaux pris en compte dans ce modèle, il a été choisi de se centrer sur les facteurs psychologiques dans le cadre de ce mémoire. Ce choix s'explique par le fait que les étudiant.es-athlètes universitaires sont exposés.es à un triple défi (développemental, scolaire et sportif) qui est susceptible d'avoir des effets sur de multiples variables psychologiques, dont l'estime de soi, les symptômes anxieux, la régulation émotionnelle, etc. (Berry et Howe, 2000 ; de Bruin et al., 2011 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Kong et Harris, 2015 ; Linnenbrink-Garcia and Pekrun 2011; Milligan et Pritchard, 2006 ; Papalia et Feldman, 2014 ;

Pekrun et al., 2011; Petrie et al., 2009a ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004 ; Trigwell et al., 2012 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015). En effet, lors du passage à la vie adulte, il y aurait une modification des rapports familiaux et sociaux qui pourrait entraîner des difficultés au plan psychologique (ex. : consolidation de l'identité, acquisition de l'autonomie, bouleversement de l'influence de la famille, développement de nouvelles relations sociales et amoureuses) (Boyd et Bee, 2017 ; Papalia et Feldman, 2014 ; Sakin Ozen et al., 2010). Or, il appert que ces caractéristiques psychologiques peuvent entraîner la présence d'ACAP (Berry et Howe, 2000 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2009a ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015). Ainsi, les caractéristiques psychologiques ont été sélectionnées parmi les facteurs prédisposants du modèle de Garner (2004), car elles semblent être les facteurs les plus proximaux de la problématique, soit la présence d'ACAP.

Les sections qui suivent visent à documenter les facteurs prédisposants des ACAP au plan psychologique en répondant à la question de recension suivante : quelles sont les caractéristiques psychologiques associées aux comportements alimentaires problématiques chez les étudiant.es-athlètes universitaires ?

DEUXIÈME CHAPITRE. RECENSION DES ÉCRITS

Afin de répondre à la question de recension (quelles sont les caractéristiques psychologiques associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires ?), une recension des écrits a été effectuée. Ce chapitre présente les résultats de cette recension. Tout d'abord, la méthode de recension mise en place et les résultats de cette dernière sont présentés. Puis, les caractéristiques méthodologiques des articles recensés ainsi que les résultats qui se dégagent de ces articles sont discutés. Ensuite, les forces et les limites des études sont relevées. Ce processus permettra d'identifier des objectifs de recherche, ce qui conclura ce chapitre.

1. MÉTHODE DE RECENSION

Dans cette section, le processus de recherche documentaire et les critères d'inclusion et d'exclusion) seront discutés. Cette section se conclura par la présentation des articles retenus pour répondre à la question préliminaire de recherche.

Sept banques de données ont été sélectionnées (MEDLINE, SPORTDiscuss with Full Text, PsycINFO, Education Source, CINAHL Plus with Full Text, SocINDEX et ERIC) afin d'identifier les articles pertinents. Les thésaurus de chacune de ces banques de données ont été consultés pour désigner les mots-clefs ajustés. Les mots-clefs étaient nombreux afin de couvrir les termes privilégiés par chacune des banques. Trois blocs de mots-clefs ont été inclus dans la recherche. Le premier bloc cernait les caractéristiques psychologiques : « psycholog* OR distress OR anxiety

OR depression OR self-esteem ». De son côté, le second bloc ciblait les ACAP : « (feeding OR eating N1 (disorder* OR problem* OR behavior* OR habit*)) OR (diet* OR alimentation OR nutrition) OR (weight N1 (control OR concern OR loss OR gain) OR "self-perception" OR "body image" OR "physical concern" OR "physical preoccupation" OR "self-concept" OR "appearance concern" OR "physical preoccupation") ». Finalement, le dernier bloc visait la population à l'étude : « (athlet* OR elite OR sport*) N4 (university* OR colleg* OR "higher education" OR campus OR academy OR student* OR varsit*) ». Les trois blocs étaient associés par « AND » lors de la recherche. Notons que les N suivis d'un chiffre sont des opérateurs de proximité indiquant le nombre de mots maximal séparant le mot précédant le N du mot le succédant (par exemple : feeding ou eating devaient se trouver à un mot de disorder* ou problem* ou...). Les deux premiers blocs de mots-clefs devaient figurer dans les mots-clefs des articles pour qu'ils soient retenus lors de la recherche documentaire.

En février 2018 et janvier 2019, la recherche documentaire a été effectuée de façon simultanée dans les sept banques de données afin d'exclure d'entrée de jeu les doublons. Un total de 2344 articles a été recensé, grâce à cette démarche. Par la suite, ces articles ont été importés dans Zotero. Cette importation a permis de retirer 289 articles, car il s'agissait de doublons. Par la suite, un tri a été réalisé sur la base des titres et des résumés.

À cette étape, différents critères d'inclusion ont été considérés. Le premier critère concerne la population à l'étude. Ainsi, 1399 articles ont été retirés, car les échantillons n'incluaient pas des étudiant.es-athlètes universitaires. Le second critère d'inclusion était que les articles recensés

portent réellement sur la problématique à l'étude, c'est-à-dire les ACAP. Ainsi, 411 études ont été exclues. Finalement, le dernier critère d'inclusion était l'évaluation de caractéristiques psychologiques. Sur la base de ce critère, 171 études ont été exclues. À la fin du tri sur la base des titres et des résumés, 74 articles ont été conservés. De ce nombre, neuf doublons ayant échappé à Zotero, dû à des coquilles dans les titres, noms des auteurs ou années, ont été retirés.

Puis, la lecture des articles a permis de retirer 33 autres articles, car ils portaient sur les prévalences d'ACAP et sur les caractéristiques psychologiques sans mettre ces deux éléments en relation. À cette étape, les thèses ont été exclues de la recension, puisqu'il ne s'agit pas de documents révisés par les pairs, rendant impossible d'attester de leur rigueur scientifique. De ce fait, 12 articles ont été retirés. À ce moment, le processus de recherche documentaire (Figure 3) a permis de conserver 20 articles pour répondre à la question de recension (Anderson, Petrie et Neumann, 2011 ; Berry et Howe, 2000 ; Bravata, Storch et Storch, 2003 ; Bullard, 2015 ; Chatterton, Petrie, Schuler et Ruggero, 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Galli, Petrie, Greenleaf, Reel et Carter, 2014 ; Holm-Denoma, Scaringi, Gordon, Van Orden et Joiner, 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b, 2014 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz, Gairrett, Aruguete et Gold, 2005 ; Sears et al., 2012 ; Shriver, Wollenberg et Gates, 2016 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015).

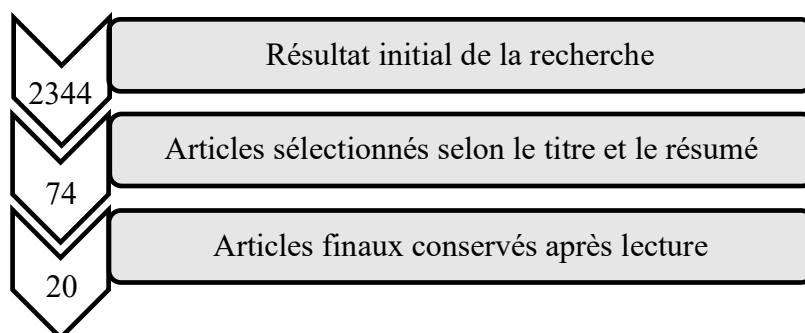


Figure 3. Processus de recherche documentaire

2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Les caractéristiques méthodologiques des études recensées sont présentées à l'annexe A et certaines de ces caractéristiques sont approfondies dans les sous-sections qui suivent. L'attention portée à certaines caractéristiques méthodologiques vise à mieux comprendre les résultats obtenus dans chacune des études et ainsi expliquer les convergences et les divergences entre les résultats.

2.1 Devis des études

L'ensemble des études recensées (Anderson et al., 2011 ; Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Bullard, 2015 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Galli et al., 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b, 2014 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Sears et al., 2012 ; Shriver et al., 2016 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015) comporte des devis transversaux. Ces études ne permettent donc pas d'identifier les facteurs psychologiques qui

prédisent les ACAP, mais permettent plutôt d'identifier les facteurs psychologiques qui caractérisent le mieux les étudiant.es-athlètes présentant des ACAP.

2.2 Recrutement des participant.es

Afin de recruter leurs participant.es, les auteurs des études recensées ont principalement eu recours à des organisations sportives (exemple : National Collegiate Athletic Association) (Anderson et al., 2011 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Petrie et al., 2014 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Sears et al., 2012) ou ont contacté les centres sportifs des universités et leurs entraîneurs (Gaines et Burnett, 2014 ; Galli et al., 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; Shriver et al., 2016 ; Wollenberg et al., 2015). La majorité des auteurs ont recruté des participant.es volontaires (Anderson et al., 2011 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2009a ; Reinking et Alexander, 2005 ; Sears et al., 2012 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015), mais seuls Anderson et al. (2011), Shriver et al. (2016) et Sears et al. (2012) indiquent leurs taux de participation qui sont respectivement de 91 %, 83 % et 6 %. Les études de Anderson et al. (2011) et de Shriver et al. (2016) ont utilisé des questionnaires papiers pour collecter leurs données alors que Sears et al. (2012) ont utilisé un mode de complétion en ligne. Ceci peut expliquer le plus faible taux de participation, car les participants de l'étude de Sears et al. (2012) ont reçu le lien internet du questionnaire à compléter par courriel et n'avaient pas de moment précis à leur horaire, organisé par les chercheurs ou les entraîneurs, afin de participer à l'étude, contrairement aux deux autres études. Dans certains cas, le mode de

recrutement n'est pas précisé (Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Schwarz et al., 2005 ; Williamson et al., 1994) ou les auteurs ne spécifient pas le contexte volontaire ou le taux de participation (Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Bullard, 2015 ; Galli et al., 2014 ; Petrie et al., 2007, 2009b ; 2014 ; Schwarz et al., 2005).

2.3 Caractéristiques des échantillons

La plupart des études recensées comportent des échantillons comportant plus de 100 participant.es (Anderson et al., 2011 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Galli et al., 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; 2014 ; Sears et al., 2012 ; Shriver et al., 2016) alors que d'autres études comptent de 43 à 98 étudiant.es-athlètes dans leur échantillon (Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Bullard, 2015 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Williamson et al., 1994). Dans toutes les études, le nombre de participants est suffisant pour les analyses statistiques effectuées.

Ces étudiant.es-athlètes performant dans différents niveaux de sport universitaire. Neuf études ont sélectionné des étudiant.es-athlètes de division I, soit la catégorie la plus élevée qui réfère à une compétition nationale entre des équipes sportives universitaires de même division (Anderson et al., 2011 ; Bravata et al., 2003 ; Engel et al., 2003 ; Galli et al., 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; 2014 ; Shriver et al., 2016 ; Wollenberg et al., 2015). Une seule étude s'est attardée aux étudiant.es-athlètes de

division II (Gaines et Burnett, 2014) et deux autres aux étudiant.es-athlètes de division III (Bullard, 2015 ; Sears et al., 2012). Chatterton et al. (2017) ont, quant à eux, recruté des participant.es issus des divisions I, II et III. Finalement, cinq études ne spécifient pas le niveau de compétition sportive de leurs étudiant.es-athlètes (Berry et Howe, 2000 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Williamson et al., 1994). Parmi ces échantillons d'étudiant.es-athlètes, plusieurs sports étaient pratiqués par les participant.es (voir l'annexe B). Les sports les plus pratiqués étaient le basketball, la natation, le soccer et le volleyball.

2.4 Ratio selon le sexe

La majorité des études recensées comportent un échantillon uniquement féminin (Anderson et al., 2011 ; Berry et Howe, 2000 ; Bullard, 2015 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Petrie et al., 2009a, 2009b ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Sears et al., 2012 ; Shriver et al., 2016 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015). Peu d'études se sont centrées sur des échantillons uniquement masculins (Chatterton et al., 2017 ; Galli et al., 2014 ; Petrie et al., 2007 ; 2014). Toutefois, trois études ont utilisé des échantillons mixtes (Bravata et al., 2003 ; Engel et al., 2003 ; Milligan et Pritchard, 2006).

2.5 Instruments de mesure

Dans le cadre des études recensées, une variété d'instruments permettant d'évaluer les ACAP a été utilisée. Plusieurs auteurs (Anderson et al., 2011 ; Bravata et al., 2003 ; Bullard, 2015

; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Galli et al., 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; 2014 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Sears et al., 2012 ; Shriver et al., 2016 ; Wollenberg et al., 2015) utilisent des instruments reconnus dans la littérature, alors que d'autres chercheurs utilisent des questionnaires plus rarement utilisés (Berry et Howe, 2000 ; Williamson et al., 1994).

Le même constat s'applique aux outils de mesure utilisés pour évaluer les variables psychologiques, c'est-à-dire que certains sont plus reconnus (exemples : EDI, BDI-II) (Anderson et al., 2011 ; Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Galli et al., 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2009a ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Sears et al., 2012) que d'autres (exemple : LOT-R) (Bullard, 2015 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Petrie et al., 2007, 2009b ; 2014 ; Shriver et al., 2016 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015).

3. RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

Cette section porte sur les principaux résultats des études recensées. Ces résultats sont regroupés en fonction des principales variables psychologiques évaluées. Seront présentées ensuite les forces et limites des études.

3.1 Perfectionnisme

Le perfectionnisme a été évalué dans trois des études recensées. Pour deux de ces études, les résultats indiquent que les étudiants-athlètes féminins (Petrie et al., 2009a) et étudiants-athlètes masculins (Galli et al., 2014) présentant des ACAP ne se distinguent pas de façon significative des étudiant.es-athlètes n'en présentant pas quant au niveau de perfectionnisme ($p > 0,05$). Ainsi, les étudiant.es-athlètes qui présentaient des ACAP et ceux qui n'en présentent pas ont signalé des niveaux comparables pour les préoccupations au sujet des erreurs, les normes personnelles, les attentes parentales, la critique parentale et les doutes quant à leurs actions. Au contraire, Schwarz et al. (2005) ont constaté que plus une étudiante-athlète est perfectionniste, plus elle présente de comportements de restrictions alimentaires ($r = 0,33, p < 0,05$) et de comportements boulimiques ($r = 0,23, p < 0,05$). Cette apparente divergence de résultats peut s'expliquer par le fait que Schwarz et al. (2005) ont traité les ACAP en variable continue plutôt que dichotomique comme Petrie et al. (2009a) et Galli et al. (2014).

3.2 Estime de soi

L'estime de soi est la variable psychologique qui a été la plus évaluée dans les études recensées. Selon l'étude de Galli et al. (2014), les groupes d'étudiants-athlètes masculins présentant ou non des ACAP ne se distinguent pas de manière significative ($p > 0,05$) sur le plan de l'estime. Sears et al. (2012) arrivent aux mêmes résultats ($p = 0,09$).

À l'inverse, selon l'étude de Gaines et Burnet (2014), avoir des ACAP prédit une faible estime de soi ($p < 0,001$) dans une population d'étudiants-athlètes féminins. Berry et Howe (2000) ont aussi découvert la présence d'une relation significative entre l'estime de soi et les ACAP ($r = 0,43$, $p =$ non précisé par les chercheurs) auprès d'un échantillon féminin, ce qui signifie que plus les étudiantes-athlètes ont une faible estime de soi, plus elles présentent d'ACAP. Petrie et al. (2009a) sont arrivés aux mêmes conclusions auprès de leur échantillon féminin alors que de leur côté, Engel et al. (2003) et Milligan et Pritchard (2006) sont arrivés à des résultats semblables auprès d'échantillons mixtes ($p < 0,05$).

De façon générale, il appert donc que les ACAP sont associés à une faible estime de soi. Les divergences de résultats de l'étude de Galli et al. (2014) pourraient s'expliquer par le fait qu'ils ont un échantillon uniquement masculin, alors que toutes les autres études ont des échantillons mixtes. Il est donc possible que l'estime de soi soit influencée par le sexe des participants. Quant aux résultats divergents de Sears et al. (2012), il est probable que l'utilisation d'étudiant.es-athlètes de troisième division influence les résultats, car le niveau de compétition est différent de celui des autres études recensées (division I et II). En effet, il est reconnu que plus les athlètes performant à un haut niveau, plus ils sont à risque de présenter des ACAP (Krentz et Warschburger, 2013 ; Smolak et al., 2000 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004 ; Torstveit et al., 2008).

3.3 Anxiété et stress

Dans leur étude, Petrie et al. (2009b) ont dénoté une différence significative entre les étudiant.es-athlètes (échantillon féminin) qui présentaient des ACAP et celles qui n'en présentaient pas quant à leur niveau d'anxiété ($p < 0,0001$). Aussi, ces auteurs ont découvert que les étudiantes-athlètes qui présentent des ACAP ont un niveau de stress significativement plus élevé que les étudiantes-athlètes qui ne présentent pas d'ACAP ($p < 0,0001$). De leur côté, Petrie et al. (2007) n'ont pas observé de différence significative entre les étudiants-athlètes masculins présentant ou non des ACAP quant à la présence d'anxiété ou de stress. Ainsi, il est possible de croire que le sexe des participant.es influence la présence d'anxiété et de stress en lien avec les ACAP.

Bullard (2015) a évalué l'anxiété chez les participantes de division III de son échantillon uniquement féminin. Aucune corrélation significative entre le niveau d'ACAP et les perturbations somatiques, de concentration et d'inquiétudes associées à l'anxiété n'ont été relevées. Ces différences entre les auteurs peuvent être expliquées par les différences entre le niveau de compétition sportive de leurs étudiant.es-athlètes. En effet, Petrie et al. (2007 ; 2009b) avaient des participants de la division I alors que Bullard (2015) avait des participantes de division III.

3.4 Affects négatifs

Bravata et al. (2003) ont observé que les symptômes dépressifs n'étaient significativement pas corrélés aux ACAP chez les étudiantes-athlètes féminines ($p > 0,05$) et les étudiants-athlètes

masculins ($p > 0,05$). Les auteurs expliquent cette absence de corrélation par leur petit échantillon (18 hommes et 39 femmes).

De leur côté, Petrie et al. (2009b) ont découvert que les étudiantes-athlètes qui présentaient des ACAP présentaient des niveaux de tristesse et de dépression significativement plus élevés que les étudiantes-athlètes ne présentant pas d'ACAP ($p < 0,001$), auprès de leur échantillon uniquement féminin. À l'opposé, Petrie et al. (2007) n'ont pas obtenu de différence significative entre les étudiants-athlètes masculins qui présentaient des ACAP ou qui n'en présentaient pas quant à leur niveau de dépression et tristesse ($p > 0,05$). Encore une fois, il est possible de justifier ces résultats contradictoires par l'effet que le sexe peut avoir.

Petrie et al. (2009b) ont observé que les étudiant.es-athlètes féminines qui présentaient des ACAP avaient des niveaux plus élevés de culpabilité et de honte que les étudiantes-athlètes qui ne présentaient pas d'ACAP ($p < 0,001$). D'ailleurs, dans cette étude, les corrélations indiquent que le niveau de culpabilité et de honte est la variable psychologique (en comparaison avec le stress, la tristesse et l'anxiété) qui différencie le mieux les catégories d'étudiantes-athlètes qui présentent et ne présentent pas d'ACAP ($r = 0,57, p < 0,001$). De leur côté, Petrie et al. (2007) n'ont pas obtenu de différence significative entre les étudiants-athlètes masculins qui présentaient des ACAP ou n'en présentaient pas, quant à leur niveau de culpabilité et gêne ($p > 0,05$). Encore une fois, cette divergence pourrait s'expliquer par l'effet du sexe.

Chatterton et al. (2017) ont évalué plusieurs affects négatifs, soit la peur, la colère, la culpabilité et la tristesse dans leur échantillon uniquement masculin. Ils sont arrivés à la conclusion que ces affects négatifs sont associés à la présence d'ACAP de type boulimique ($r = 0,36$, $p < 0,01$). Plus précisément, la présence élevée d'ACAP de type boulimique est significativement ($p < 0,001$) corrélée à la présence de niveaux élevés d'affects négatifs; peur ($r = 0,31$), hostilité ($r = 40$), culpabilité ($r = 48$) et tristesse ($r = 37$). De leur côté, Petrie et al. (2014) sont arrivés à des résultats similaires auprès de leur échantillon masculin; la présence élevée d'ACAP de type boulimique est significativement ($p < 0,001$) corrélée à la présence des niveaux élevés d'affects négatifs : peur ($r = 0,32$), hostilité ($r = 28$), culpabilité ($r = 28$) et tristesse ($r = 24$). Finalement, Anderson et al. (2011) ont aussi observé que les ACAP de type boulimique sont associés significativement aux affects négatifs ($p < 0,01$) dans leur échantillon féminin. Dans le cadre de cette étude, les affects négatifs réfèrent aussi à des niveaux élevés de peur, tristesse, colère et culpabilité.

3.5 Autres dimensions affectives

Reinking et Alexander (2005) n'ont pas observé de relation significative entre la régulation de l'impulsivité et les ACAP dans leur population féminine d'étudiantes-athlètes ou de non-athlètes ($p \geq 0,05$). De même, Reinking et Alexander (2005) ont eux aussi remarqué une absence de relation significative entre l'insécurité interpersonnelle et les ACAP auprès de leur échantillon d'étudiantes-athlètes universitaires ($p \geq 0,05$).

En ce qui a trait à la régulation émotionnelle, Wollenberg et al. (2015) ont évalué cette variable psychologique chez leur échantillon féminin. Ces auteurs ont observé qu'un niveau élevé de difficulté sur le plan de la régulation émotionnelle était associé à davantage de restriction alimentaire ($r = 0,26, p < 0,001$), de boulimie ($r = 0,31, p < 0,001$) et de contrôle alimentaire ($r = 0,16, p < 0,001$). Dans le même sens, Shriver et al. (2016) ont observé que les étudiantes-athlètes universitaires qui présentent des ACAP ont significativement plus de difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle que celles qui ne présentent pas d'ACAP ($p < 0,05$). Plus précisément, les participantes qui présentaient des ACAP avaient significativement plus de difficultés que celles qui ne présentent pas d'ACAP au plan de l'acceptation des réponses émotionnelles, du contrôle de l'impulsivité et auraient un accès plus limité aux stratégies de régulation émotionnelle ($p < 0,001$). Toutefois, aucune différence significative entre les deux groupes (ACAP et absence d'ACAP) n'a été observée sur le plan des difficultés à s'engager dans un comportement dirigé vers un but ou le manque de conscience émotionnelle ($p \geq 0,05$).

3.6 Performance

Williamson et al. (1994) rapportent que l'auto-évaluation des étudiantes-athlètes féminines à l'égard de leur performance sportive est corrélée aux préoccupations corporelles ($r = -0,23, p < 0,05$) et que ces dernières sont corrélées aux ACAP ($r = 0,86, p < 0,05$). Ainsi, une mauvaise auto-évaluation de la performance sportive par les étudiantes-athlètes est associée à une augmentation des préoccupations corporelles et la présence de préoccupations corporelles est associée à une

augmentation des ACAP. Les préoccupations corporelles agiraient donc comme variable médiatrice entre la perception de la performance sportive et les ACAP.

Ces mêmes auteurs ont également remarqué que l'anxiété liée à la performance athlétique est corrélée aux préoccupations corporelles ($r = 0,35, p < 0,05$) et que ces dernières sont corrélées aux ACAP ($r = 0,86, p < 0,05$). En résumé, avoir une grande anxiété de performance est liée à plus de préoccupations corporelles, ce qui augmente ainsi les ACAP. De leur côté, Berry et Howe (2000) ont observé une forte relation significative entre l'anxiété de compétition et la présence d'ACAP ($r = 0,52, p =$ non spécifié par les auteurs) alors que Holm-Denoma et al. (2009) rapportent qu'une grande anxiété liée à la participation sportive est associée à significativement plus de symptômes de boulimie ($p < 0,001$) chez les étudiantes-athlètes universitaires féminines comparativement aux athlètes indépendantes (ne s'entraînant pas avec l'équipe sportive de leur université). L'interaction entre l'anxiété sportive et le niveau de compétition dans le sport (non-athlètes, athlètes indépendantes, athlètes dans des clubs et athlètes universitaires) est associée significativement et positivement ($p < 0,05$) aux symptômes d'insatisfaction corporelle et de boulimie (donc plus d'ACAP). Ainsi, les étudiantes-athlètes qui compétitionnent à un haut niveau sportif (donc être étudiante-athlète universitaire) et qui ont de hauts niveaux d'anxiété sportive présentent plus d'ACAP.

3.7 Optimisme

L'étude de Galli et al. (2014) et celle de Petrie et al. (2009a) ne dénote pas de relation significative entre les ACAP et l'optimisme ($p > 0,05$), et ce, autant chez les hommes (Galli et al., 2014) que chez les femmes (Petrie et al., 2009a).

3.8 Raisons de faire de l'exercice

Selon Galli et al. (2014), aucune différence significative n'a été observée entre les étudiants-athlètes masculins qui présentent des ACAP et ceux qui n'en présentaient pas ($p > 0,05$) quant aux raisons qui encouragent la personne à faire de l'exercice.

3.9 Intériorisation des idéaux sociétaux

Les étudiantes-athlètes féminines qui présentent des ACAP n'ont pas significativement une plus grande adhésion aux valeurs culturelles en matière d'attractivité, de minceur et de beauté que les étudiantes-athlètes sans ACAP (Petrie et al. 2009b ; Sears et al. 2012). Les étudiantes-athlètes féminines qui présentent des ACAP adoptent toutefois des attitudes socioculturelles significativement plus fortement intériorisées sur l'importance d'être physiquement apte et en forme ($p < 0,01$) que les étudiantes-athlètes ne présentant pas d'ACAP (Petrie et al., 2009b).

Au contraire, Anderson et al. (2011) ont observé chez les étudiantes-athlètes de leur échantillon que l'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux était significativement associée à des insatisfactions corporelles ($p < 0,05$). À son tour, l'insatisfaction corporelle était associée à plus d'affects négatifs ($p < 0,01$) qui étaient associés aux ACAP de type boulimique. De leur côté, Chatterton et al. (2017) ont observé, chez leurs étudiants-athlètes masculins que, plus leurs participants présentent d'ACAP de type boulimique, plus ils intériorisent les idéaux de beauté de la société et plus ils effectuent de comparaisons sociales ($r = 0,27, p < 0,01$; $r = 0,24, p < 0,01$). Ces contradictions entre les auteurs (Anderson et al., 2011; Chatterton et al., 2017; Petrie et al. 2009b ; Sears et al. 2012) peuvent s'expliquer par des différences dans leur opérationnalisation des ACAP. En effet, Anderson et al. (2011) et Chatterton et al. (2017) ont observé les ACAP de type boulimique uniquement, alors que Petrie et al. (2009b) et Sears et al. (2012) ont évalué les ACAP de type boulimique et anorexique.

3.10 Synthèse des principaux résultats des études recensées

Cette recension des écrits permet d'identifier plusieurs faits saillants. D'abord, pour plusieurs caractéristiques psychologiques étudiées en lien avec les ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires, les chercheurs obtiennent des résultats contradictoires. Pour le perfectionnisme, les résultats d'une étude indiquent la présence d'une relation positive significative entre le perfectionnisme et les ACAP (Schwarz et al., 2005) alors que deux autres signalent une absence de différence entre les étudiant.es-athlètes présentant ou non des ACAP pour cette variable (Galli et al., 2014 ; Petrie et al., 2009a). Les résultats sont également mitigés pour la

relation entre l'estime de soi et les ACAP. Cinq études ont trouvé une association positive significative entre ces deux variables (Berry et Howe, 2000 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2009a). À l'opposé, deux études ont observé une relation non significative à cet effet, possiblement puisqu'une évaluait des étudiantes-athlètes féminines de division III (Sears et al., 2012) et une autre comportait un échantillon masculin (Galli et al., 2014). En outre, les résultats des différentes études recensées divergent quant à la relation entre le niveau d'anxiété et de stress et la présence d'ACAP. Petrie et al. (2009b) ont découvert une relation significative positive chez les étudiantes-athlètes féminines entre le niveau d'anxiété et de stress ainsi que les ACAP, alors que cette relation est non significative pour deux autres études avec des échantillons féminins et masculins (Bullard, 2015; Petrie et al., 2007). Ces résultats contraires pourraient s'expliquer par l'effet du sexe et le niveau sportif pratiqué par les participants (division I vs division III). Aussi, des divergences selon le sexe des participants s'appliquent aux études ayant porté sur les affects dépressifs (Bravata et al., 2003 ; Petrie et al., 2007, 2009b). En somme, même si plusieurs études portent sur les variables psychologiques telles le perfectionnisme, l'estime de soi et les affects anxieux ou dépressifs, l'état actuel des connaissances ne permet pas de tirer de conclusions claires pour ces variables.

Quelques résultats sont, par contre, cohérents entre les études. Ainsi, les résultats sont similaires entre les études pour l'optimisme (absence de différence pour les étudiant.es-athlètes présentant ou non des ACAP) (Galli et al., 2014 ; Petrie et al., 2009a). De même, l'auto-évaluation de la performance sportive, l'anxiété liée à la participation sportive, l'anxiété de performance et les difficultés de régulation émotionnelle seraient des variables associées aux ACAP (Berry et

Howe, 2000 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Shriver et al., 2016 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015). Or, ces résultats concernent principalement les étudiantes-athlètes universitaires. Il n'est donc pas possible de généraliser ces résultats aux étudiants-athlètes masculins. Ce même constat s'applique aux études portant sur l'impulsivité et l'insécurité interpersonnelle (Reinking et Alexander, 2005), la régulation émotionnelle (Wollenberg et al., 2015), les raisons de faire de l'exercice (Galli et al., 2014) et l'intériorisation des idéaux d'attractivité sociétaux (Petrie et al., 2009b ; Sears et al., 2012).

4. FORCES ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Pour commencer, en ce qui concerne les forces, la totalité des études comporte des échantillons de taille suffisante pour les analyses statistiques effectuées. Ensuite, les études recensées portent sur une grande diversité de variables psychologiques et la plupart des auteurs (Anderson et al., 2011 ; Bravata et al., 2003 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Galli et al., 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Sears et al., 2012 ; Wollenberg et al., 2015) ont utilisé des instruments de mesure reconnus en recherche. De même, une diversité de sports est considérée dans toutes les études, ce qui favorise la généralisation des résultats à toute pratique sportive.

En ce qui concerne les limites, peu d'études avaient des échantillons d'étudiants-athlètes universitaires masculins (Chatterton et al., 2017 ; Galli et al., 2014 ; Petrie et al., 2007 ; 2014) ou

mixtes (Bravata et al., 2003 ; Engel et al., 2003 ; Milligan et Pritchard, 2006). D'ailleurs, les résultats concernant entre autres, la faible estime de soi (Berry et Howe, 2000 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2009a), l'anxiété et le stress (Petrie et al., 2007, 2009b) ainsi que les affects dépressifs (Bravata et al., 2003 ; Petrie et al., 2007, 2009b) laissent croire que des différences sont observables selon le sexe des étudiant.es-athlètes universitaires. Il importe donc de prendre cet aspect en considération dans les études ultérieures. Notons aussi que, malgré la grande variété de variables psychologiques considérées dans les études (annexe C), les nombreuses contradictions entre les résultats, potentiellement expliquées par le sexe des participants (Berry et Howe, 2000 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; Schwarz et al., 2005) ou le traitement des variables (catégorielle vs continue) (Galli et al., 2014), ne permettent pas de dresser un portrait précis des caractéristiques psychologiques associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. D'ailleurs, l'état actuel des connaissances ne permet pas de déterminer le poids des variables psychologiques associées aux ACAP chez cette population. De même, les ACAP considérés dans toutes les études recensées réfèrent principalement à l'anorexie mentale et à la boulimie. Or, il importe aussi de considérer les ACAP relatifs aux troubles tels les accès hyperphagiques, l'orthorexie et la dysmorphie musculaire. Plusieurs des études recensées ne comportent pas d'information quant aux modalités de recrutement des participants (Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Schwarz et al., 2005 ; Williamson et al., 1994), ce qui ne permet pas de conclure à quelle population ces résultats se généralisent. De même, la vaste majorité des études ne précisent pas le taux de participation, ce qui ne permet pas de déterminer si les résultats sont représentatifs de la population à l'étude. À cet effet, seuls les auteurs de trois études (Anderson et

al., 2011 ; Shriver et al., 2016 ; Sears et al., 2012) précisent leurs taux de participation qui étaient respectivement de 91 %, 83 % et 6 %. Ces taux indiquent de grandes variations quant à la validité externe entre ces trois études et possiblement celles qui n'ont pas indiqué leur taux de participation. De même, le niveau sportif n'est pas le même (niveau I versus niveaux II et II) pour toutes les études, ce qui limite les comparaisons des résultats. En outre, les études actuelles ne considèrent pas les variables contextuelles comme le temps passé au sein de l'équipe sportive universitaire, le nombre d'années d'études universitaires complétées, etc. Or, ces variables contextuelles peuvent influencer les ACAP puisque plusieurs auteurs expliquent la présence plus élevée d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires entre autres par la pression de se conformer aux exigences académiques universitaires (Cooley et Toray, 2001 ; Fitzsimmons-Craft et al., 2014 ; Wollenberg et al., 2015) et l'adaptation aux exigences d'un niveau sportif universitaire (Krentz et Warschburger, 2013 ; Smolak et al., 2000 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004 ; Torstveit et al., 2008).

5. BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Au regard du portrait dressé par la recension des écrits, il est possible de constater que la question préliminaire de recherche est partiellement répondue. Pour contribuer à élaborer le portrait des facteurs psychologiques associés aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires, il serait nécessaire de considérer plusieurs variables psychologiques dans une même étude pour établir le poids de chacune des variables associées aux ACAP. De plus, il importe de considérer le sexe dans les analyses et des éléments contextuels pouvant influencer à la fois les

caractéristiques psychologiques et les ACAP et la relation entre ces variables. D'ailleurs, il est nécessaire de considérer les ACAP sous l'angle de symptômes sous-cliniques de l'anorexie mentale et de la boulimie, mais aussi des accès hyperphagiques, de l'orthorexie ou de la dysmorphie musculaire. Le but de la présente étude est donc d'évaluer les caractéristiques psychologiques associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Ce but se traduit en trois objectifs spécifiques :

1. Déterminer la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaire présentant des ACAP;
2. Déterminer les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiants-athlètes et les étudiantes-athlètes universitaires présentant ou non des ACAP;
3. Évaluer quelles sont les variables psychologiques les plus fortement associées à la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires.

TROISIÈME CHAPITRE. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre vise à présenter la méthodologie de l'étude. Pour ce faire, le contexte de l'étude, son devis ainsi que ses participant.es anticipé.es sont décrits. Par la suite, les instruments de mesure utilisés seront abordés. Ce chapitre se conclura par la présentation des analyses statistiques qui ont été effectuées.

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette recherche s'insère dans une étude transversale plus vaste dirigée par Isabelle Thibault, professeure au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke. Ce projet est financé par le biais du concours institutionnel du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. La collecte de données s'est déroulée en septembre 2018 auprès des étudiant.es-athlètes du programme Vert et Or de l'Université de Sherbrooke. Les objectifs de l'étude transversale plus vaste sont de déterminer la proportion d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires ; déterminer les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques et sociales associées aux ACAP chez cette population et d'identifier les caractéristiques psychologiques et sociales les plus fortement associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Cette étude a obtenu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke, en novembre 2017.

Le recrutement des participants s'est déroulé du 20 au 30 septembre 2018, inclusivement. Le processus de recrutement des participant.es comporte quelques étapes. D'abord, la coordination du programme Vert et Or de l'Université de Sherbrooke a acheminé un courriel aux entraîneurs de toutes les équipes sportives pour les informer de la collecte de données. Ensuite, les chercheuses ont présenté l'étude aux entraîneurs de toutes les équipes sportives. Puis, la coordination a acheminé aux entraîneurs un courriel à transmettre aux étudiant.es-athlètes comportant une invitation à participer à l'étude ainsi qu'un lien Internet pour accéder au questionnaire en ligne. Par la suite, les entraîneurs ont envoyé deux courriels de rappels distancés d'environ cinq jours. Cette méthode visait à augmenter le taux de réponse (Blumenberg et Barros, 2018; Fan et Yan, 2010; Manfreda, Berzelak, Vehovar, Bosnjak et Haas, 2008). La première page du questionnaire en ligne comportait le formulaire de consentement. Ce questionnaire en ligne était ensuite composé d'une série de questionnaires d'une durée estimée à 45 minutes. Les questionnaires utilisés dans ce mémoire sont décrits au point quatre de ce chapitre. Après avoir consenti à la recherche et rempli les questionnaires en ligne, les étudiant.es-athlètes pouvaient accepter de participer à un concours leur permettant de gagner l'une des 15 cartes cadeaux pour les dédommager du temps accordé à la complétion du questionnaire en ligne. L'anonymat des répondants a été assuré en tout temps par le retrait des informations permettant d'identifier les participants (noms, adresses courriel, etc.) de la banque de données. Un taux de réponse d'environ 40,5 % était souhaité pour la collecte de données (Blumenberg et Barros, 2018). Le taux de participation réel a été de 31,6 % ($n = 151$, population totale = 478), ce qui est tout de même très intéressant considérant que près d'un.e étudiant.e-athlète universitaire sur trois a participé à l'étude.

2. DEVIS DE L'ÉTUDE

Le devis de cette étude est transversal. Il compte un volet descriptif en lien avec le premier objectif (déterminer la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires qui présente des ACAP) et le second objectif (décrire les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiants-athlètes et les étudiantes-athlètes universitaires présentant ou non des ACAP) de la présente étude. Enfin, il compte un volet corrélationnel en lien avec le troisième objectif, soit d'identifier les caractéristiques psychologiques les plus fortement associées à la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires.

3. LES PARTICIPANT.ES

La population cible comptait 478 étudiant.es-athlètes provenant des neuf équipes sportives (athlétisme, badminton, cross-country, football, golf, natation, rugby, soccer et volleyball) associées au programme du Vert et Or de l'Université de Sherbrooke, pour l'année académique 2018-2019. Ce programme permet aux équipes de compétitionner contre d'autres équipes universitaires provinciales, mais aussi à un niveau national et parfois international. Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants : être âgé de 18 ans et plus, lire et comprendre le français, accepter de participer à l'étude et être membre d'une équipe sportive du programme Vert et Or de l'Université de Sherbrooke. Les données descriptives de l'échantillon ont été obtenues via un questionnaire sociodémographique élaboré pour l'étude globale dans

laquelle s'inscrit cette recherche. L'échantillon de l'étude est décrit en détail à la section résultats du mémoire.

4. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE

Le choix des variables incluses dans cette étude est basé sur la recension des écrits ainsi que sur le modèle théorique de Garner (2004, 1993). En ce qui concerne les ACAP (variables dépendantes), les variables qui concernent les différents TCA (anorexie mentale, boulimie, accès hyperphagiques, orthorexie et dysmorphie musculaire) ont été considérées. Pour ce qui est des caractéristiques psychologiques (variables indépendantes), les premières variables considérées concernent l'intériorisation des idéaux corporels. Ce choix repose sur le fait que cette variable n'a été évaluée que par deux études qui sont arrivées à des résultats contradictoires. Il apparaissait donc important d'évaluer cette variable auprès d'un échantillon mixte. L'anxiété sociale a aussi été considérée, car les résultats recensés relativement au stress ou à l'anxiété étaient contradictoires. Dans le même ordre d'idées, la détresse psychologique a été évaluée. Cette décision a été prise, car les étudiant.es-athlètes sont exposés à un triple statut, ce qui les expose au risque de vivre davantage de détresse psychologique (Anderson et Petrie, 2012 ; Fairweather-Schmidt et al., 2015 ; Kärkkäinen et al., 2017 ; Neumark-Sztainer et al., 2011 ; Patton et al., 1999 ; Stein et al., 2013 ; Wade et al., 2012). En outre, la faible estime de soi, l'aliénation personnelle, l'insécurité interpersonnelle, l'aliénation interpersonnelle, le déficit d'introspection, le manque de régulation émotionnelle, le perfectionnisme, l'ascétisme (tendance à rechercher la vertu en recherchant des idéaux spirituels tels que l'autodiscipline, l'abnégation, la retenue, le sacrifice de

soi et le contrôle des pulsions corporelles) et la peur de la maturité ont été considérés. Ce choix repose sur le fait que les résultats des études recensées sont très contradictoires, que ces variables semblent influencées par le sexe, ou encore que ces variables sont centrales dans le modèle de Garner (2004). Ces différentes variables ainsi que les instruments de mesure permettant de les évaluer sont présentés dans les sections qui suivent.

4.1 ACAP (variables dépendantes)

Afin d'évaluer les ACAP relatifs à l'anorexie mentale, la boulimie et aux accès hyperphagiques, l'échelle relative au risque de désordre alimentaire de l'EDI-3 (Garner, 2004) a été utilisée. L'EDI-3 est un questionnaire comprenant 91 items pour lesquels le répondant doit utiliser une échelle de Likert en six points allant de « toujours » à « jamais » (Garner, 2004). L'EDI-3 comporte 12 sous-échelles distinctes, dont trois réfèrent aux attitudes et comportements alimentaires et neuf sont des variables psychologiques fortement associées aux attitudes et comportements alimentaires. Le score de cette échelle est créé en additionnant les scores T de trois sous-échelles, soit la recherche de minceur¹ (7 items), les comportements boulimiques² (8 items) et l'insatisfaction corporelle³ (10 items). Des scores élevés aux différentes échelles signalent la

1 Recherche de minceur : désir extrême de minceur, présence de préoccupations importantes pour les diètes et le poids, peur intense de prendre du poids (score variant de 0 à 28).

2 Comportements boulimiques : tendance à penser et à s'engager dans des épisodes incontrôlables de surconsommation alimentaire (crise de boulimie) (score variant de 0 à 32).

3 Insatisfaction corporelle : mécontentement à l'égard de la forme générale du corps et de la dimension de certaines régions qui préoccupent souvent les personnes ayant un trouble alimentaire (ventre, hanches, cuisses, fesses) (score variant de 0 à 40).

présence de difficultés. Dans le cadre de la présente étude, un score seuil a été attribué à chacune de ces trois échelles sur la base des résultats de l'étude de Clausen, Rosenvinge, Friborg et Rokkedal (2011) visant à valider l'EDI-3 (Garner, 2004) pour une population féminine (générale et clinique). Ce choix a été fait, car les scores seuils de l'outil sont basés sur une population clinique présentant des TCA et recevant des soins à cet effet, ce qui n'est pas le cas de l'échantillon de cette étude. Notons que malgré nos recherches, il n'a pas été possible de trouver d'étude validant cet outil sur une population mixte. Ainsi, les scores de la présente étude sont basés sur la moyenne des scores de la population générale de Clausen et al. (2011) plus un écart-type. Donc, le score seuil pour la présence d'ACAP en lien avec l'échelle recherche de minceur est 15 et plus, 7 et plus pour l'échelle comportements boulimiques et 27 et plus pour l'échelle insatisfaction corporelle.

L'EDI-3 a été choisi puisqu'il possède de bonnes qualités psychométriques. Il possède une cohérence interne plus qu'acceptable avec un coefficient alpha de Cronbach qui varie entre 0,80 et 0,96 pour toutes les sous-échelles. De plus, il a une fidélité test-retest excellente (délai maximal de sept jours) avec des coefficients de corrélation qui varient entre 0,86 et 0,98 selon les échelles. Pour ce qui est de la validité de convergence et de divergence, les corrélations entre l'EDI et plusieurs autres questionnaires (Eating Attitude Test-26, Bulimia Test Revised, Rosenberg Self-Esteem Scale et le Dutch Eating Behavior Questionnaire : Garner, Olmstead, Bohr et Garfinkel, 1982 ; Rosenberg, 1965; Thelen, Mintz et Vander Wal, 1996 ; Van Strien, Frijters, Bergers et Defares, 1986) sont conformes à ce qui est attendu : les corrélations sont élevées (0,60 et plus) lorsque les construits mesurés sont similaires et faibles (moins de 0,60) lorsque les construits sont distincts.

Pour évaluer les ACAP relatifs à la dysmorphie musculaire, le Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI : Hildebrandt, Langenbucher et Schlundt, 2004) a été utilisé. Cet outil compte 21 items qui sont répondus sur une échelle de Likert en cinq points allant de « jamais » à « toujours ». La moyenne de trois sous-échelles permet d'obtenir un score global variant de 13 à 65. Ces sous-échelles sont : désir d'avoir une silhouette plus musclée, anxiété liée à l'apparence et au dévoilement du corps, altération du fonctionnement (Hildebrandt et al., 2004). Un score global élevé au MDDI correspond à un niveau élevé de symptômes de dysmorphie musculaire. Dans le cadre de la présente étude, un score de plus de 39 a été sélectionné pour dénoter la présence d'ACAP associés à la dysmorphie musculaire. Ce score est basé sur les travaux de Varangis, Folberth, Hildebrandt et Langenbucher (2012). Une étude s'est basée sur ce score et a obtenu une spécificité de 75,0 % et une sensibilité de 73,7 % (Santarnecchi et Dèttore, 2012). Cet outil a été validé auprès d'hommes pratiquant la musculation (Hildebrandt et al., 2004). Auprès de cette population, le MDDI a une bonne cohérence interne autant pour ses sous-échelles ($\alpha = 0,77$ à $0,85$) que pour le score global avec un coefficient alpha de Cronbach de $0,81$. Aussi, le MDDI présente une bonne fidélité test-retest ($r = 0,87$) (Hildebrandt et al., 2004). De plus, ces mêmes auteurs ont relevé des validités divergente et convergente acceptables entre le MDDI ($r = 0,27$ à $0,52$) et plusieurs autres outils (Eating Disorder Inventory-1, Social Physique Anxiety Scale et Maudsley Obsessive Compulsive Inventory: Garner, Olmstead et Polivy, 1983 ; Hart, Leary, et Rejeski, 1989 ; Hodgson et Rachman, 1977). Dans le cadre de cette étude, le MDDI sera aussi utilisé auprès des femmes, car parmi les outils sur l'évaluation de la dysmorphie musculaire, aucun n'a été validé

auprès d'une population féminine et c'est celui qui comporte les meilleures qualités psychométriques.

Finalelement, afin d'évaluer les ACAP relatifs à l'orthorexie, le Questionnaire for a diagnosis of orthorexia (ORTO-15 : Donini, Marsili, Graziani, Imbriale et Cannella, 2005) sera utilisé. Ce questionnaire compte 15 items avec une échelle de Likert de quatre points allant de « toujours » à « jamais » permettant d'obtenir un score continu variant de 15 à 60, où un score bas indique des difficultés plus importantes. Les auteurs de ce questionnaire ont établi un seuil clinique ayant une validité satisfaisante avec une sensibilité de 100,00 %, une spécificité de 73,6 % (Donini et al., 2005). Toutefois, plusieurs auteurs ont remis en question le seuil déterminé par Donini et al. (2005), car plusieurs faux positifs étaient identifiés par le test. Ainsi, ces chercheurs ont établi le score seuil à 35 et moins, car il permettait d'harmoniser la sensibilité (85,5 %) et la spécificité (94,2 %) (Bo et al., 2014 ; Dell'Oso, Carpita, Muti, Cremone, Massimetti, Diadema et al., 2018; Dell'Oso, Liliana, Abelli, Carpita, Massimetti, Pini et al., 2016; Reynolds, 2018 ; Segura-García et al., 2012). Ainsi, dans le cadre de la présente étude, le score de 35 sera utilisé pour noter la présence d'ACAP associés à l'orthorexie. Stochel, Janas-Kozik, Zejda, Hyrnik, Jelonek et Siwiec (2015) ont testé la fidélité de l'outil auprès d'étudiant.es entre 15 et 21 ans et ont obtenu une fidélité test-retest entre 0,61 et 1,00 selon les items. De plus, ces auteurs ont obtenu une cohérence interne acceptable avec des coefficients alpha de Cronbach entre 0,74 et 0,80 selon les items et un alpha de Cronbach associé au score global de l'outil de 0,77.

Pour atteindre les deux premiers objectifs de la présente étude, il est nécessaire d'opérationnaliser les ACAP en tant que variable catégorielle (dichotomique). Ainsi, les seuils cliniques de chacun des outils présentés seront utilisés. Dès que l'un des seuils cliniques est atteint par un participant, la présence d'ACAP est notée chez ce participant. En plus de ce score dichotomique, un score continu d'ACAP est utilisé pour le troisième objectif. Il a été obtenu suite à la réalisation de plusieurs étapes. Tout d'abord, le score minimum de chacune des trois échelles portant sur les ACAP (échelle globale du MDDI, l'échelle globale inversée de l'ORTO-15 et l'échelle globale de risque de troubles de comportements alimentaires de l'EDI-3, soit la somme des sous-échelles recherche de minceur, boulimie et insatisfactions corporelles) a été soustrait du score global de l'échelle puis divisé par l'étendue de l'échelle afin d'obtenir un score par échelle variant de 0 à 1. Puis, les scores variant de 0 à 1 de chacune de ces trois échelles ont été additionnés afin de créer le score d'ACAP continus.

4.2 Caractéristiques psychologiques (variables indépendantes)

L'intériorisation des idéaux culturels a été mesurée par le Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3 : Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda et Heinberg, 2004). Cet outil comporte 30 items et une échelle de Likert en cinq points allant de « complètement en désaccord » à « complètement en accord ». Quatre échelles permettent d'évaluer l'influence socioculturelle sur l'apparence ; l'intériorisation générale, c'est-à-dire l'assimilation des standards de beauté diffusés par les médias (9 items), l'intériorisation-athlète, c'est-à-dire l'intégration des normes corporelles et sportives (5 items), l'information, c'est-à-dire la perception des sujets face

aux médias comme source d'information quant à l'apparence (9 items) et les pressions, c'est-à-dire la perception des sujets face aux pressions qu'exercent les médias sur eux (7 items). Le SATAQ-3 a une validité de convergence entre 0,32 et 0,57 avec les échelles recherche de minceur et insatisfactions corporelles de l'Eating Disorder Inventory-2 (Garner, 1991) et une validité de convergence de 0,51 avec l'Ideal Body Internalization Scale Revised (Stice et Bearman, 2001 ; Thompson et al., 2004). Le SATAQ-3 a une bonne cohérence interne avec un coefficient de Chronbach entre 0,92 et 0,96 selon les échelles (Thompson et al., 2004). Cet outil a été traduit en français et validé par Rousseau, Valls et Chabrol (2009). Ces auteurs ont remarqué que leur version traduite avait une cohérence interne adéquate avec des coefficients de Cronbach entre 0,82 et 0,92 selon les échelles. De plus, ces auteurs ont constaté une bonne validité factorielle, puisque leur analyse a permis d'identifier quatre facteurs correspondant aux quatre échelles de l'outil. Une validité de convergence entre 0,26 et 0,55 a été démontrée par Rousseau et al. (2009) entre les échelles du SATAQ-3 et celles du Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper et Fairburn, 1987).

La détresse psychologique a été évaluée par l'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ : Prévile, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992). Ce questionnaire de 29 items évalue la détresse psychologique vécue au cours de la dernière semaine grâce à ses quatre sous-échelles : anxiété (11 items), dépression (10 items), irritabilité (4 items), problèmes cognitifs (4 items). Le répondant utilise une échelle de Likert en 4 points allant de « jamais » à « très souvent » pour répondre aux items et obtenir un score continu. Un score moyen par item de 2,15 et plus correspond au seuil clinique (centile 95). L'instrument a été

construit à partir du Psychiatric Symptom Index (PSI) élaboré par Ilfeld (1976). Les résultats obtenus par l'étude d'Ilfeld indiquent un coefficient alpha de Cronbach de 0,92, ce qui témoigne d'une bonne cohérence interne (Ilfeld, 1976). Les auteurs de l'IDPESQ (Préville et al., 1992) ont relevé des qualités psychométriques satisfaisantes, dont une cohérence interne entre 0,73 et 0,89, selon les sous-échelles et une cohérence interne globale de 0,92. De plus, la structure factorielle a permis de reproduire les résultats obtenus par Ilfeld, soit les quatre sous-échelles de façon satisfaisante auprès des hommes et des femmes, des différents groupes d'âge et origines linguistiques (français et anglais) (Préville et al., 1992).

Afin d'évaluer les principales caractéristiques psychologiques associées aux ACAP, les neuf sous-échelles psychologiques de l'Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3 : Garner, 2004) ont été utilisées. Des scores continus élevés aux différentes échelles indiquent la présence de difficultés en lien avec les différents items. Les sous-échelles de l'EDI-3 (Garner, 2004) référant à l'ajustement psychologique sont la faible estime de soi¹ (6 items), l'aliénation personnelle² (7 items), l'insécurité interpersonnelle³ (7 items), l'aliénation interpersonnelle⁴ (7 items), le déficit

1 Faible estime de soi : sentiment significatif d'insécurité personnelle, d'inadaptation, d'incompétence et de dévalorisation personnelle (score variant de 0 à 24).

2 Aliénation personnelle : sentiment significatif de vide, de solitude émotionnelle et faible compréhension de soi-même (score variant de 0 à 28).

3 Insécurité interpersonnelle : inconfort, appréhension et réticence dans les situations sociales (score variant de 0 à 28).

4 Aliénation interpersonnelle : déception, distance, éloignement et manque de confiance dans les relations (score variant de 0 à 28).

d'introspection¹ (9 items), le manque de régulation émotionnelle² (8 items), le perfectionnisme³ (6 items), l'ascétisme⁴ (7 items) et la peur de la maturité⁵ (8 items).

5. MÉTHODES D'ANALYSES DES DONNÉES

Afin d'atteindre le premier objectif de l'étude, soit de déterminer la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires présentant des ACAP (variable dichotomique), des statistiques descriptives ont été effectuées (fréquences, proportions). Un test-t a aussi été réalisé afin d'observer les différences des types d'ACAP selon le sexe.

Pour le second objectif de recherche, qui vise à déterminer les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiants-athlètes et les étudiantes-athlètes universitaires présentant ou non des ACAP, des analyses descriptives et comparatives ont été réalisées. Pour débiter, des moyennes, écarts-types, étendues et médianes ont été calculées à chaque variable psychologique en fonction de la présence ou l'absence d'ACAP (variable dichotomique) et en fonction du sexe. Pour vérifier si les différences observées selon le sexe sont significatives, des

1 Déficit d'introspection : difficulté dans l'identification et la gestion adéquate des émotions (score variant de 0 à 36).

2 Manque de régulation émotionnelle : tendance à avoir une humeur instable, être impulsif, insouciant, colérique ou à adopter des comportements autodestructeurs (score variant de 0 à 32).

3 Perfectionnisme : exigences pour atteindre des standards élevés au niveau de la performance (score variant de 0 à 24).

4 Ascétisme : tendance significative à rechercher la vertu à travers la poursuite d'idéaux spirituels tels que l'autodiscipline, l'abnégation, la retenue, le sacrifice de soi et le contrôle de ses envies physiques (score variant de 0 à 28).

5 Peur de la maturité : désir d'être plus jeune ou de retourner à la sécurité que procure l'enfance, croyance à l'effet que les demandes de l'âge adulte sont trop élevées et que le temps le plus heureux dans la vie d'une personne est l'enfance (score variant de 0 à 32) (Garner, 2004).

tests-t ont été réalisés pour chacune des caractéristiques psychologiques sur la base de la présence ou l'absence d'ACAP.

Finalelement, afin d'atteindre le troisième objectif de recherche, qui cherche à identifier les variables psychologiques les plus fortement associées à la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires, des analyses corrélationnelles et de régression ont été effectuées. Dans un premier temps, des corrélations bivariées ont été appliquées pour vérifier l'association entre les variables psychologiques et les ACAP (variable continue) ainsi qu'une potentielle colinéarité entre les variables psychologiques. Ensuite, une régression linéaire multiple a été effectuée en incluant les variables psychologiques et en contrôlant pour le sexe et la présence ou l'absence de stress financier des participant.es.

QUATRIÈME CHAPITRE. RÉSULTATS

Cette section vise à présenter les résultats de l'étude qui avait pour but d'évaluer les caractéristiques psychologiques associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Les résultats sont présentés selon les 3 objectifs spécifiques de l'étude.

1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE PREMIER OBJECTIF

Le premier objectif de cette étude est de déterminer la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires présentant des ACAP.

Il importe d'abord de bien caractériser les participant.es de cette étude. L'échantillon de cette étude comporte 133 étudiant.es-athlètes universitaires, dont 28,6 % sont des hommes ($n = 38$) et 71,4 % sont des femmes ($n = 95$). L'âge moyen des participant.es est de 21,5 ans (écart-type de 1,7 an ; étendue : 19 ans à 27 ans). La majorité de l'échantillon ne s'identifiait pas comme autochtone, minorité visible ou ayant un problème de santé ou un handicap physique.

Les données sociodémographiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1. En ce qui concerne le niveau d'études, près du trois quarts des participant.es effectuait un baccalauréat. Pour le nombre d'heures par semaine consacré à l'étude, le portrait est diversifié ; 33,1 % étudiaient neuf heures et moins, alors que 27,8 % étudiaient entre 10 et 14 heures, 21,1 % étudiaient entre 15 et 19 heures et 18,0 % étudiaient 20 heures et plus par semaine. La majorité

(66,9 %) de l'échantillon habitait en appartement avec des colocataires, près d'un.e étudiant.e sur cinq habitait avec sa famille, 12,8 % habitaient en appartement seul et 2,3 % habitaient en résidence. Plus de sept étudiant.es sur dix devaient déboursier des frais d'habitation, ce qui génère un stress lié à ces frais pour 79,7 % des participant.es. Les participant.es occupent aussi un emploi à temps complet ou partiel dans une proportion de 44,4 %, mais seulement 8,5 % d'entre eux travaillaient en moyenne 20 heures et plus par semaine.

Tableau 1. Données sociodémographiques des participant.es

Variables	Pourcentage valide (%)		
	Hommes (n=38)	Femmes (n=95)	Total (N=133)
Cycle d'études			
Certificat	18,4	9,5	12,0
Baccalauréat	68,4	75,8	73,7
Maîtrise	10,5	8,4	9,0
Doctorat	-	5,3	3,8
Autre	2,6	1,1	1,5
Nombre d'heures d'étude par semaine			
Entre 0 à 4	5,3	6,3	6,0
Entre 5 et 9	42,1	21,1	27,1
Entre 10 et 14	18,4	31,6	27,8
Entre 15 et 19	18,4	22,1	21,1
20 et plus	15,8	18,9	18,0
Lieu principal d'habitation			
Parents/famille	5,3	23,2	18,0
Résidence	2,6	2,1	2,3
Appartement seul	13,2	12,6	12,8
Appartement colocation	78,9	62,1	66,9
Emploi			
Oui	31,6	49,5	44,4
Non	68,4	50,5	55,6
Heures de travail moyennes par semaine (n=59)			
Moins de 10	58,3	51,1	52,5
Entre 10 et 19	41,7	38,3	39,0
Entre 20 et 29	-	8,5	6,8
30 et plus	-	2,1	1,7
Frais d'habitation			
Oui	84,2	69,5	73,7
Non	15,8	29,5	25,6
Sans réponse	-	1,1	0,8
Frais d'habitation : plus de 30 % du budget			
Oui	78,1	66,7	70,4
Non	21,9	33,3	29,6
Stress lié aux frais d'habitation			
Aucun stress	N=32	N=66	N=98
Léger stress	31,3	15,2	20,4
Stress modéré	53,1	45,5	48,0
Stress important	15,6	34,8	28,6
	0	4,5	3,1

L'échantillon à l'étude compte des étudiant.es-athlètes pratiquant une variété de disciplines sportives (tableau 2) au sein du Vert et Or. Parmi l'ensemble des répondants, six étaient dans deux équipes sportives universitaires à la fois. En moyenne, les répondants masculins faisaient partie de leur équipe sportive depuis 16,3 mois (écart-type : 17,2) alors que les répondants féminins étaient dans leur équipe sportive universitaire depuis 15,3 mois (écart-type : 16,3). Chez les hommes, l'étendue de participation à l'équipe sportive est de 59 mois alors que chez les femmes, elle est de 62 mois. Les étudiant.es-athlètes de l'échantillon total ont un nombre diversifié de pratiques par semaine associées à leur équipe sportive universitaire correspondant à 6 heures et moins de pratique sportive universitaire encadrée par semaine pour 6,8 % de l'échantillon, entre 7 à 9 heures par semaine pour 27,1 % de l'échantillon et à 10 heures et plus pour 66,1 % de l'échantillon. En plus de pratiquer leur sport universitaire, 44,4 % des étudiant.es-athlètes pratiquent des activités sportives extérieures au cadre sportif universitaire. De ce nombre, 89,8 % les pratiquent entre 4 et 6 h par semaines alors que 10,2 % les pratiquent entre 7 et 9 h par semaine.

Tableau 2. Données sportives des participant.es

Variables	%		
	Hommes (n=38)	Femmes (n=95)	Total (N=133)
Équipe sportive (SU)	n=40	n=99	N=139
Athlétisme	7,5	9,1	8,6
Cheerleading	12,5	32,3	26,6
Rugby	2,5	11,1	8,6
Cross-country	17,5	11,1	12,9
Football	12,5	-	3,6
Natation	7,5	5,1	5,8
Soccer	-	11,1	7,9
Tennis	2,5	4,0	3,6
Ultimate frisbee	-	4,0	2,9
Volleyball	37,5	12,1	19,4
Golf	-	-	-
Nombre de pratiques/semaine (SU)			
1 ou 2	-	2,1	1,5
3 ou 4	13,2	27,4	23,3
5 ou 6	36,8	52,6	48,1
7 ou 8	39,5	10,5	18,8
9 ou 10	7,9	6,3	6,8
11 fois ou plus	2,6	1,1	1,5
Nombre d'heures de pratique sportive/semaine (SU)			
0 à 3	-	1,1	0,8
4 à 6	2,6	7,4	6,0
7 à 9	18,4	30,5	27,1
10 à 12	26,3	34,7	32,3
13 à 15	34,2	16,8	21,8
16 h et plus	18,4	9,5	12,0
Activités sportives régulières (non SU)			
Oui	42,1	45,3	44,4
Non	57,9	54,7	55,6
Nombre d'heures de ces activités/semaine (non SU)			
Entre 0 et 3	31,3	48,8	44,1
Entre 4 et 6	50,0	44,2	45,8
Entre 7 et 9	18,8	7,0	10,2

Note : SU = pratique sportive dans une équipe universitaire (sport universitaire)

Le tableau 3 présente le pourcentage d'étudiant.es-athlètes universitaires (échantillon total et par sexe) qui présentent des ACAP ainsi que les différents types d'ACAP présentés par les participant.es. Ces résultats indiquent qu'un.e étudiant.e-athlète universitaire sur cinq présente des ACAP. De plus, il est possible de remarquer une proportion d'ACAP de 21,1 % chez les femmes et de 15,8 % chez les hommes. Certains types d'ACAP sont plus prévalents parmi les participant.es. Les ACAP associés à l'orthorexie touchent 14,4 % des participant.es, alors que les ACAP de type boulimique en touchent 8,3 %, la recherche de minceur en touche 7,5 %, l'insatisfaction corporelle en touche 6,0 % et la dysmorphie musculaire atteint 1,5 % des participant.es. Aucune différence significative ($p \geq 0,05$) entre les femmes et les hommes n'a été observée selon les ACAP (tableau 4). Toutefois, les scores des participant.es sont significativement différents selon le sexe pour deux types d'ACAP. En effet, les participantes présentent significativement plus d'ACAP de type recherche de minceur et d'insatisfactions corporelles que les participants masculins ($p < 0,005$).

Tableau 3. Proportion de participant.es présentant des ACAP

Pourcentage d'ACAP (%)	Hommes (n=38)	Femmes (n=95)	Échantillon total (N=133)
ACAP	15,8	21,1	19,5
Type orthorexie	10,8 ₁	15,8	14,4 ₁
Type dysmorphie musculaire	2,6	1,1	1,5
Type recherche de minceur	2,6	9,5	7,5
Type comportements boulimiques	5,3	9,5	8,3
Type insatisfaction corporelle	0,0	8,4	6,0

Note : ₁Ces proportions comptent un participant de moins (n = 36 et N = 132).

Tableau 4. Différences selon le sexe pour les différents types d'ACAP

		Moyenne (écart-type)	t	p
ACAP	Hommes (n=37)	1,0293	-1,448	0,270
	Femmes (n=95)	1,1545		
Type orthorexie	Hommes (n=37)	40,5405	0,253	0,422
	Femmes (n=95)	40,2632		
Type dysmorphie musculaire	Hommes (n=37)	29,1081	0,464	0,245
	Femmes (n=95)	28,5579		
Type recherche de minceur	Hommes (n=37)	3,30	-2,852	0,006
	Femmes (n=95)	6,29		
Type comportements boulimiques	Hommes (n=37)	1,76	-1,198	0,190
	Femmes (n=95)	2,61		
Type insatisfaction corporelle	Hommes (n=37)	4,68	-5,103	0,000
	Femmes (n=95)	12,01		

2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE DEUXIÈME OBJECTIF

Le second objectif de cette étude est de déterminer les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiants-athlètes et les étudiantes-athlètes universitaires présentant ou non des ACAP (tableau 5).

Selon les réponses des participant.es à l'EDI-3 (Garner, 2004), les étudiant.es-athlètes universitaires qui présentent des ACAP ont une estime de soi (perception de soi n'atteignant pas ses standards personnels, sentiments d'insécurité, d'inadéquation, d'inefficacité et de manque de valeur personnelle) significativement plus faible que ceux qui ne présentent pas d'ACAP ($p = 0,007$). Dans le même sens, les répondants qui présentent des ACAP manifestent significativement plus d'aliénation interpersonnelle (déception, distance, détachement, sentiment d'être pris et manque de confiance dans les relations sociales) que ceux ne présentant pas d'ACAP ($p = 0,031$). Les participant.es qui présentent des ACAP ont aussi significativement plus de difficultés de régulation émotionnelle (tendance à des variations d'humeur, impulsivité, insouciance, rage et autodestruction) que les participant.es n'ayant pas d'ACAP ($p = 0,027$). Finalement, les étudiant.es-athlètes universitaires qui présentent des ACAP présentent significativement plus d'ascétisme (poursuite d'idéaux spirituels tels l'autodiscipline, le renoncement à soi-même, la maîtrise de soi, le sacrifice de soi et le contrôle des pulsions corporelles) que ceux ne présentant pas d'ACAP ($p = 0,034$). Les différences entre les étudiant.es-athlètes qui présentent des ACAP et ceux n'en présentant pas quant à l'aliénation personnelle, l'insécurité interpersonnelle, le déficit

d'introspection, le perfectionnisme et la peur de la maturité ne se révèlent pas significatives ($p \geq 0,05$).

Selon les réponses des participant.es à l'IDPESQ (Préville et al., 1992), seule l'échelle évaluant les problèmes cognitifs (difficultés de concentration, trous de mémoire, difficulté à se souvenir des choses et à prendre des décisions) démontre une différence significative entre les groupes avec et sans ACAP. Ainsi, les participant.es qui présentent des ACAP auraient significativement plus de problèmes cognitifs que ceux qui ne présentent pas d'ACAP. Les différences entre les étudiant.es-athlètes qui présentent des ACAP et ceux qui n'en présentent pas ne sont pas significatives ($p \geq 0,05$) pour les autres échelles de l'IDPESQ ; score global, anxiété, dépression, irritabilité et anxiété sociale.

Dans le même sens, aucune des différences observées entre les participant.es qui présentent des ACAP et ceux n'en présentant pas ne s'est révélée significative en lien avec les différentes échelles associées à l'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux du SATAQ-3 (Thompson et al., 2004).

Tableau 5. Caractéristiques psychologiques selon la présence d'ACAP

Outils	Variables	Moyenne (é-t) Sans ACAP	Moyenne (é-t) Avec ACAP	T	P
EDI-3	Faible estime de soi	3,04 (3,367)	5,50 (4,310)	-3,158	0,007
	Aliénation personnelle	3,41 (3,448)	5,85 (3,875)	-3,152	0,559
	Insécurité personnelle	5,79 (4,411)	6,42 (3,859)	-0,677	0,568
	Aliénation interpersonnelle	4,24 (3,838)	7,04 (5,303)	-3,075	0,031
	Déficit de l'introspection	3,83 (4,379)	7,27 (5,43)	-3,419	0,062
	Manque de régulation émotionnelle	2,63 (3,405)	5,31 (5,058)	-3,247	0,027
	Perfectionnisme	8,73 (4,306)	11,85 (3,518)	-3,421	0,364
	Ascétisme	3,77 (3,244)	8,15 (4,460)	-5,719	0,034
	Peur de la maturité	5,40 (4,487)	6,85 (4,268)	-1,486	0,944
	Score total difficultés psychologiques	338,327 (36,692)	376,192 (44,898)	-4,511	0,069
IDPESQ	Score global	1,6207 (0,37055)	1,9107 (0,40601)	-3,237	0,779
	Anxiété	1,5889 (0,41331)	1,8306 (0,46039)	-2,410	0,596
	Dépression	1,6413 (0,42560)	1,9273 (0,45793)	-2,790	0,554
	Irritabilité	1,5163 (0,51195)	1,8523 (0,50978)	-2,767	0,985
	Problèmes cognitifs	1,7609 (0,48736)	2,1477 (0,67989)	-3,082	0,025
SATAQ-3	Score global	74,723 (25,652)	95,416 (26,406)	-3,507	0,988
	Intériorisation générale	22,2872 (9,24764)	28,5000 (9,51429)	-2,921	0,494
	Intériorisation-athlète	16,0638 (4,24722)	18,2917 (3,56894)	-2,363	0,347
	Information	21,3936 (8,97933)	26,7917 (9,69527)	-2,586	0,929
	Pressions	15,0000 (6,73460)	21,9167 (8,03750)	-4,313	0,266

7. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE TROISIÈME OBJECTIF

Le troisième et dernier objectif de cette étude est d'évaluer quelles sont les variables psychologiques les plus fortement associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Pour ce faire, une régression linéaire multiple a été réalisée : les variables de contrôle et les variables dépendantes à inclure dans la régression ont d'abord été sélectionnées, puis une régression en deux blocs a été effectuée.

3.1 Variables de contrôle retenues

Comme certains facteurs peuvent interférer avec les résultats, deux variables de contrôle sont considérées. Il a été choisi de retenir le sexe comme variable de contrôle puisque des différences significatives ($p < 0,005$) entre les participants masculins et féminins étaient observables au plan des types d'ACAP présenté (recherche de minceur et insatisfactions corporelles) et, d'autre part, qu'une majorité de chercheurs arrivent à la conclusion que les ACAP se distinguent selon le sexe significativement (Berry et Howe, 2000 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnett, 2014 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Neumark-Sztainer et al., 2011 ; Petrie et al., 2007, 2009a, 2009b ; Schwarz et al., 2005 ; Striegel-Moore et al., 2009 ; Yu et al. 2018). La seconde variable de contrôle considérée est le stress financier, car selon le modèle de Garner (2004), les stress contribueraient à altérer les capacités adaptatives et ces stress précipiteraient potentiellement la problématique. Le stress financier est un stress quotidien qui semblait important à évaluer considérant que 79,6 % de l'ensemble des participants de l'échantillon présentent des

préoccupations associées à leurs frais d'habitation. Notons que parmi la proportion (20,4 %) des étudiant.es ne rapportant pas ce stress se trouvent les étudiant.es qui indiquent ne pas avoir à assumer de tels frais.

D'autres variables de contrôle (durée de la participation sportive dans l'équipe universitaire, nombre d'heures de pratiques sportives universitaires par semaine, nombre d'heures de pratiques sportives extra-universitaires par semaine, cycles d'études, présence de problèmes de santé mentale actuels ou antérieurs) avaient aussi été considérées, mais comme elles n'étaient pas significativement associées au score d'ACAP continu ($p \geq 0,05$), elles ont été exclues des analyses de régression.

3.2 Variables psychologiques retenues

Les résultats obtenus au second objectif de recherche ont permis de cibler les variables psychologiques (variables indépendantes) pour lesquelles les étudiant.es-athlètes se distinguent selon la présence ou l'absence d'ACAP. Afin de respecter le nombre maximal de variables pouvant être incluses dans la régression auprès d'un échantillon de 133 participant.es, il a été choisi de privilégier les scores globaux plutôt que toutes les variables à inclure. Les scores globaux considérés incluaient tous les variables identifiées comme significatives à l'objectif 2. En somme, les variables retenues sont : score global d'inefficacité (comprend les variables faible estime de

soi¹ et l'aliénation personnelle), le score global de problèmes interpersonnels (comprend les variables aliénation interpersonnelle¹ et l'insécurité personnelle), le score global de problèmes affectifs (comprend les variables manque de régulation émotionnelle¹ et déficit de l'introspection) et le score global de surcontrôle (comprend les variables ascétisme¹ et perfectionnisme), le score global moyen de détresse psychologique (comprend entre autres les items de la variable problèmes cognitifs¹) et le score global d'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux. Le tableau 6 présente les corrélations entre les variables.

¹ Variables significatives à l'objectif 2.

Tableau 6. Corrélations entre les variables à l'objectif 3

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1.ACAP	-	0,126	0,302**	0,566**	0,499**	0,381**	0,470**	0,468**
2.Genre	0,126	-	0,240*	-0,146	0,010	-0,036	0,163	0,216*
3.Stress financier	0,302**	0,240*	-	0,159	0,084	0,119	0,216	0,237*
4.Surcontrôle	0,566**	-0,146	0,159	-	0,505**	0,435**	0,414**	0,431**
5.Problèmes affectifs	0,499**	0,010	0,084	0,505**	-	0,563**	0,569**	0,589 **
6.Problèmes interpersonnels	0,381**	-0,036	0,119	0,435**	0,563**	-	0,630**	0,437**
7.Inefficacité	0,470**	0,163	0,216*	0,414**	0,569**	0,630**	-	0,539**
8.Détresse psychologique	0,468**	0,216*	0,237*	0,431**	0,589**	0,437**	0,539**	-

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

3.3 Régression linéaire multiple

Ainsi, les variables globales comportant les significatives à l'objectif 2 et corrélées au score d'ACAP continu ont été incluses dans la régression linéaire. Notons que le sexe a été inclus, même s'il n'était pas corrélé au score d'ACAP, puisqu'il apparaissait important de contrôler cette variable puisque des différences selon le sexe ont été relevées à l'objectif 2. Les variables non significatives (stress financier, inefficacité, problèmes interpersonnels, problèmes affectifs et détresse psychologique) ($p > 0,05$) qui ne contribuaient donc pas au modèle ont été retirées par souci de présenter le modèle le plus parcimonieux possible.

Cette régression linéaire multiple (tableau 7) a permis de constater que, lorsque les variables psychologiques sont ajoutées aux variables de contrôle (stress financier et sexe), seuls le surcontrôle ($p \leq 0,001$) et le sexe ($p \leq 0,01$) étaient significatifs. Lorsque la régression est réalisée exclusivement avec ces deux variables significatives (les autres variables psychologiques n'étaient pas significatives et ont été exclues par souci de présenter le modèle le plus parcimonieux), le modèle explique 36,3% de la variance. De ces deux variables, c'est le surcontrôle qui contribue le plus au modèle ($\beta = 0,595$ comparativement à $\beta = 0,208$ pour le sexe). En résumé, en contrôlant pour le sexe, plus un ou une étudiant.e-athlète universitaire aurait de surcontrôle, plus il ou elle présenterait un score d'ACAP élevé.

Tableau 7. Modèle de régression linéaire multiple des caractéristiques psychologiques les plus associées aux ACAP

	ΔR^2	β	t
Étape 1	0,363***		-3,926
Sexe		0,208**	2,937
Surcontrôle		0,595***	8,393

** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

CINQUIÈME CHAPITRE. DISCUSSION

Ce mémoire visait à atteindre trois objectifs de recherche. L'objectif général était d'évaluer les caractéristiques psychologiques associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Cet objectif se détaillait en trois objectifs spécifiques, soit de déterminer la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires qui présente des ACAP, de déterminer les différences sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiant.es-athlètes universitaires et d'évaluer quelles sont les variables psychologiques les plus fortement associées à la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Dans ce chapitre, les résultats obtenus quant à ces trois objectifs seront analysés et comparés avec les écrits scientifiques. Par la suite, les implications théoriques de ces résultats seront examinées ainsi que les nouvelles questions de recherche qu'elles entraînent. Pour terminer, les forces et limites de l'étude seront précisées et les retombées pour l'intervention seront discutées.

8. ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

1.1 Objectif 1

L'ensemble des résultats obtenus permet de faire plusieurs liens avec les résultats des autres chercheurs s'étant attardés au même phénomène. Tout d'abord, en lien avec le premier objectif de recherche, une proportion de 19,5 % des participant.es de l'étude actuelle présente des ACAP. Plus précisément, les ACAP se retrouvent chez 21,1 % des participantes (femmes) et 15,8 % des

participants (hommes). Cette proportion est élevée considérant que les ACAP touchent un étudiant.e-athlète sur cinq dans la présente étude. Ces résultats sont similaires à ceux de plusieurs études réalisées autant auprès d'étudiants-athlètes masculins que féminins. En effet, des proportions entre 14 % et 25,5 % auprès de cette population féminine et entre 16,6 % et 19,2 % de cette population masculine ont été observées par plusieurs auteurs (Anderson et Petrie, 2012 ; Greenleaf et al., 2009 ; Petrie, Greenleaf, Reel, Carter, 2007, 2008 ; 2009a ; 2009b ; Sanford-Martens et al., 2005). L'ensemble de ces auteurs ont réalisé leurs études auprès d'étudiant.es-athlètes provenant d'universités des États-Unis. Les similitudes observées entre les proportions dans ces études et celles de l'étude actuelle permettent d'émettre l'hypothèse que la réalité d'un.e sportif.ve universitaire québécois.e semble similaire à celle d'un.e étudiant.e-athlète universitaire des États-Unis. Toutefois, il est probable que des différences soient observables quant aux stress auxquels les étudiant.es-athlètes universitaires sont confrontés (frais de scolarité plus élevés aux États-Unis qu'au Québec, envergure des bourses d'études sportives aux États-Unis comparativement au Québec, etc.), mais les proportions d'ACAP restent similaires. De plus, les études recensées ont évalué certains types d'ACAP, mais n'ont pas couvert les cinq types d'ACAP (anorexie, boulimie, hyperphagie, orthorexie et dysmorphie musculaire) comme l'a fait la présente étude. Malgré ces différences dans l'opérationnalisation de la variable d'intérêt, la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires qui présente des ACAP est similaire à celle des études recensées (Anderson et Petrie, 2012 ; Greenleaf et al., 2009 ; Petrie, Greenleaf, Reel, Carter, 2007, 2008 ; 2009a ; 2009b ; Sanford-Martens et al., 2005).

1.2 Objectif 2

Ensuite, en lien avec le second objectif, plusieurs différences ont été relevées entre les résultats de la présente étude et les écrits existants sur le plan des caractéristiques psychologiques entre les étudiant.es-athlètes universitaires présentant ou non des ACAP. La majorité de ces différences peuvent être expliquées par des distinctions dans l'opérationnalisation de la variable ACAP. En effet, aucune étude recensée ne s'est attardée aux cinq types d'ACAP (comportements et attitudes sous-cliniques de l'anorexie mentale, de la boulimie nerveuse, des accès hyperphagiques, de l'orthorexie et de la dysmorphie musculaire) alors que c'est le cas dans la présente étude.

En résumé, les résultats obtenus dans l'étude actuelle permettent de constater que la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires est associée à plus de difficultés psychologiques. Les participant.es qui présentaient des ACAP avaient significativement plus d'ascétisme, de difficulté de régulation émotionnelle, d'aliénation interpersonnelle, de problèmes cognitifs (difficultés de concentration, trous de mémoire, difficulté à se souvenir des choses et à prendre des décisions) et une plus faible estime de soi que les participant.es exempts d'ACAP.

Reinking et Alexander (2005) ont eux aussi évalué l'ascétisme chez leurs étudiants universitaires féminins athlètes et non-athlètes et ils n'ont pu observer aucune différence significative entre les participantes qui présentaient des ACAP et des TCA et celles qui n'en présentaient pas. Il est possible que ces divergences de résultats soient attribuables au sexe des

participant.es et à la manière dont les ACAP et les TCA ont été évalués, car l'étude de Reinking n'incluait pas les ACAP de type orthorexie et dysmorphie musculaire.

Les résultats de Shriver et al. (2016) et de Wollenberg et al. (2015) auprès de leurs échantillons d'étudiantes-athlètes universitaires féminins convergent avec ceux de la présente étude indiquant que les participant.es qui présentaient des ACAP avaient significativement plus de difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle que ceux qui n'en présentaient pas.

À ce jour, aucune étude n'avait observé l'aliénation interpersonnelle chez les étudiant.es-athlètes universitaires en lien avec les ACAP. À nouveau, aucune étude n'a évalué les problèmes cognitifs chez les étudiant.es-athlètes universitaires en lien avec les ACAP. Toutefois, l'étude de Ferraro, VanDyke et Staples (2015) a remarqué des atteintes sur le plan des fonctions exécutives chez les étudiants universitaires féminins de leur échantillon qui présentaient des ACAP. Plus précisément, l'atteinte serait sur le plan du contrôle de l'impulsivité et des fonctions exécutives de manière générale. Ainsi, les résultats de la présente étude démontrant que les étudiant.es-athlètes qui présentent des ACAP ont significativement plus de problèmes cognitifs (difficultés de concentration, trous de mémoire, difficulté à se souvenir des choses et à prendre des décisions) que les étudiant.es-athlètes universitaires sans ACAP semblent globalement cohérents avec les résultats obtenus par Ferraro et al. (2015) auprès de leur échantillon féminin d'étudiantes universitaires non-athlètes.

En parallèle, les résultats de la présente étude indiquant que les participant.es présentant des ACAP avaient une estime de soi significativement ($p < 0,05$) plus faible que ceux n'en présentant pas vont dans le même sens que plusieurs études réalisées auprès d'étudiants-athlètes universitaires féminins (Berry et Howe, 2000 ; Petrie et al., 2009a) et mixtes (Milligan et Pritchard, 2006). Deux études n'ont pas obtenu de résultats significatifs quant à ces variables. La première était auprès d'un échantillon uniquement masculin (Galli et al., 2014) et la seconde comptait un échantillon mixte de division III (Sears et al., 2012), soit un niveau de compétition inférieur à celui de la présente étude. En effet, il est possible que l'estime de soi soit influencée par le sexe et il est reconnu que plus les athlètes performant à un haut niveau, plus ils sont à risque de présenter des ACAP (Krentz et Warschburger, 2013 ; Smolak et al., 2000 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004 ; Torstveit et al., 2008). Ceci viendrait expliquer les divergences de résultats entre ces études.

Aussi, l'étude actuelle n'a permis de relever aucune différence significative entre les deux groupes (présence ou absence d'ACAP) quant à l'aliénation personnelle, l'insécurité interpersonnelle, le déficit d'introspection, le perfectionnisme et la peur de la maturité de l'EDI-3 (Garner, 2004), les échelles de détresse psychologique, d'anxiété, de dépression et d'irritabilité de l'IDPESQ (Prévillle et al., 1992) et les différentes échelles associées à l'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux du SATAQ-3 (Thompson et al., 2003). L'absence de différence significative entre les deux groupes quant au perfectionnisme va dans le même sens que les résultats obtenus dans les études de Galli et al. (2014) et Petrie et al. (2009a) qui avaient, eux aussi, traité les ACAP de façon dichotomique. Schwarz et al. (2005), qui avaient traité les ACAP de manière continue, étaient arrivés à des différences significatives indiquant que plus les étudiantes-athlètes

universitaires étaient perfectionnistes, plus elles présentaient d'ACAP ($p < 0,05$). Les autres variables n'ayant pas été évaluées dans les études recensées, il est malheureusement impossible d'établir des comparaisons entre les résultats de la présente étude et ceux d'autres chercheurs.

Quant à l'absence de résultats significatifs pour l'insécurité interpersonnelle, ceci va dans le même sens que les résultats obtenus par l'étude de Reinking et Alexander (2005) auprès de leur échantillon féminin. En lien avec le déficit d'introspection, aucune autre étude recensée n'a évalué ce concept. Toutefois, Reinking et Alexander (2005) ont observé une relation non significative entre la régulation de l'impulsivité et les ACAP, ce qui pourrait venir corroborer l'absence de résultats significatifs de la présente étude quant aux résultats non significatifs pour le déficit d'introspection.

Les différences de détresse psychologique globale entre les participant.es qui présentaient des ACAP et ceux qui n'en présentaient pas n'étaient pas significatives. De leur côté, Kärkkäinen et al. (2017) avaient observé que leurs participants de la population générale (hommes et femmes de 24 à 34 ans) qui présentaient des ACAP avaient significativement plus de détresse psychologique que les participants qui ne présentaient pas d'ACAP. Les différences de résultats entre les deux études peuvent s'expliquer par les différents stress développementaux auxquels sont confrontés les participant.es. En effet, les étudiant.es-athlètes avaient le triple défi à traverser, mais comme la collecte de données a été réalisée en septembre, au début de l'année scolaire, plusieurs participant.es n'avaient pas encore été confrontés à ces stress. Cette confrontation réduite à ces stress peut avoir un impact sur la détresse psychologique, mais aussi sur l'ensemble des variables

psychologiques évaluées dans le cadre de la présente étude. De leur côté, les participants de la population générale de Kärkkäinen et al. (2017), qui avaient entre 24 et 34 ans, avaient probablement d'autres enjeux à traverser, telle l'arrivée d'un enfant, des enjeux professionnels et des enjeux financiers différents (achat de maison et de voiture, etc.).

Une étude qui portait sur un échantillon féminin a obtenu des résultats significatifs entre la présence d'ACAP et de plus grands niveaux d'anxiété (Petrie et al., 2009b). Toutefois, les autres études réalisées ont des résultats non significatifs allant dans le même sens que la présente étude (Bullard, 2015 ; Petrie et al., 2007). Il est possible que le sexe, combiné au niveau sportif élevé, vienne expliquer les divergences de résultats.

L'absence de différence significative entre les groupes avec et sans ACAP pour la dépression va dans le même sens que les résultats obtenus dans le cadre de l'étude de Bravata et al. (2003) auprès d'un échantillon mixte et de Petrie et al. (2007) auprès d'un échantillon masculin. Seule l'étude de Petrie et al. (2009b), réalisée auprès d'un échantillon uniquement féminin, démontre des niveaux de tristesse et de dépression significativement plus élevés pour les étudiantes-athlètes universitaires qui présentent des ACAP que celles n'en présentant pas. Encore une fois, le sexe peut expliquer les divergences de résultats.

Finalement, les résultats de la présente étude convergent avec les résultats des études de Petrie et al. (2009b) et de Sears et al. (2012) réalisées auprès d'échantillons féminins. En effet, aucune différence significative associée à l'intériorisation des idéaux sociétaux n'a été observée

entre les participant.es qui présentaient ou ne présentaient pas d'ACAP. À l'inverse, deux études obtiennent des résultats différents qui peuvent s'expliquer par une relation indirecte et un échantillon uniquement masculin. En effet, Anderson et al. (2011) ont observé chez les étudiantes-athlètes de leur échantillon que l'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux était significativement associée à des insatisfactions corporelles ($p < 0,05$) qui, elles, étaient associées à plus d'affects négatifs ($p < 0,01$) qui étaient associés aux ACAP de type boulimique. De leur côté, Chatterton et al. (2017) ont observé chez leurs étudiants-athlètes masculins que plus leurs participants présentaient d'ACAP de type boulimique, plus ils avaient intériorisé les idéaux de beauté de la société et plus ils effectueraient de comparaisons sociales ($r = 0,27, p < 0,01$; $r = 0,24, p < 0,01$).

1.3 Objectif 3

Le troisième et dernier objectif de l'étude était d'évaluer quelles sont les variables psychologiques les plus fortement associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. La régression linéaire multiple réalisée a permis de constater que le sexe et le surcontrôle expliquent à 36,3 % de la variance ($p = 0,001$), ce qui signifie qu'en contrôlant pour le sexe, plus un ou une étudiant.e-athlète universitaire présente de surcontrôle plus il présente un score d'ACAP élevé. Ainsi, ces résultats corroborent les conclusions des autres études en ce qui a trait du caractère multidéterminé de la problématique des ACAP (Garner, 2004 ; Neumark-Sztainer et al., 2011 ; Williamson et al., 1994) considérant que ces variables expliquent seulement le tiers de la variance.

Dans le cadre de cette étude, le surcontrôle est la variable la plus fortement associée aux ACAP. Le surcontrôle mise sur l'atteinte d'un niveau élevé de réussite personnelle, ainsi que sur la conviction qu'il est vertueux de renoncer à soi-même, de se sacrifier et de souffrir. Dans ce contexte, le fait de croire qu'avoir des faiblesses est honteux et de désirer contrôler de manière rigide ses pulsions corporelles serait associé significativement aux ACAP. Plusieurs autres études auprès des étudiant.es-athlètes universitaires avaient évalué des variables (perfectionnisme et ascétisme) s'apparentant à ce concept. En effet, le perfectionnisme a été évalué par Petrie et al. (2009a) et Schwarz et al. (2005) auprès d'étudiants-athlètes féminins et par Galli et al. (2014) auprès d'étudiant.es-athlètes masculins. Seuls Schwarz et al. (2005), qui avaient traité les ACAP de manière continue, comme c'est le cas dans la présente étude, ont observé que plus leurs participantes étaient perfectionnistes, plus elles présentaient significativement de comportements de restrictions alimentaires ($r = 0,33, p < 0,05$) et de comportements boulimiques ($r = 0,23, p < 0,05$). De leur côté, Galli et al. (2014) ont obtenu des résultats indiquant que les variables psychologiques (perfectionnisme, optimisme et estime de soi) ne permettaient pas d'expliquer significativement la présence d'ACAP ($p > 0,05$) chez leurs participants masculins, alors que Petrie et al. (2009a) sont parvenus à des résultats identiques à l'exception qu'une faible estime de soi expliquait 14 % de la variance ($p < 0,05$). Il est probable que ces divergences de résultats soient attribuables au sexe des participant.es et à la manière dont les ACAP ont été opérationnalisés entre leur étude et l'étude actuelle. En effet, l'étude actuelle considère divers types d'ACAP (anorexie, boulimie, hyperphagie, orthorexie et dysmorphie musculaire) alors que l'étude de Reinking et Alexander (2005) n'incluait pas les ACAP de type orthorexie et dysmorphie musculaire.

1.4 Implications théoriques et pratiques

Les résultats de la présente étude cadrent avec le modèle théorique (Garner, 2004) choisi. Rappelons que selon ce modèle, antérieurement aux ACAP, les personnes présentent certaines vulnérabilités qui les fragilisent face aux demandes d'adaptation et aux stress auxquels ils sont confrontés. Ces stressors agissent ensuite comme facteurs précipitants potentiels de la problématique. Combiné aux vulnérabilités, le fait d'être confronté à un cumul de stressors génère de la détresse, ce qui incite la personne à trouver une réponse rassurante telle la restriction alimentaire.

Les résultats du présent mémoire sont cohérents avec ce modèle (Garner, 2004). Le devis transversal de cette étude ne permet pas de statuer sur les facteurs psychologiques qui prédisposent, maintiennent ou précipitent les ACAP chez étudiant.es-athlètes universitaires. Toutefois, plusieurs résultats intéressants ont pu être évalués par la présente étude.

Tout d'abord, 19,5 % des participant.es présentent des ACAP. Les ACAP touchent 9,98 % des personnes âgées de 16 ans et plus provenant de la population générale (Solmi et al. 2014). Une comparaison a été réalisée entre cette prévalence (Solmi et al., 2014) et la présente étude, ce qui permet de relever que les étudiant.es-athlètes universitaires présentent significativement plus d'ACAP que la population générale ($t = 28,62$; $p \leq 0,001$). Cette proportion plus élevée d'ACAP peut s'expliquer entre autres par le triple défi adaptatif (facteurs précipitants potentiels) auquel les

étudiant.es-athlètes universitaires sont confrontés (défis associés au passage à la vie adulte, aux études universitaires et à la pratique de sport élite).

Ensuite, en ce qui concerne les vulnérabilités psychologiques, les résultats indiquent que la présence d'ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires est associée à davantage de difficultés. Effectivement, les participant.es qui présentent des ACAP avaient significativement ($p \leq 0,05$) plus d'ascétisme, de difficulté de régulation émotionnelle, d'aliénation interpersonnelle, de problèmes cognitifs et une plus faible estime de soi que les participant.es exempts d'ACAP. De plus, dans la régression linéaire multiple réalisée, en contrôlant pour le sexe et le stress financier, il a été observé que plus un ou une étudiant.e-athlète universitaire a de surcontrôle, plus il ou elle présente un score d'ACAP élevé. L'ensemble de ces variables explique 36,3 % ($p = 0,001$) de la variance au score d'ACAP chez les membres de l'échantillon. Ainsi, ces résultats démontrent que les ACAP sont une problématique multidéterminée, car un pourcentage de variance reste non expliqué, ce qui veut dire que d'autres variables, non évaluées dans le cadre de cette étude, expliqueraient le 63,7% de la variance restante.

Cette étude ne permet pas de statuer si ces difficultés précédaient la présence d'ACAP ou s'ils en étaient la conséquence. Le modèle de Garner (2004) soutient toutefois que la privation alimentaire viendrait entretenir les vulnérabilités individuelles, familiales et sociales. Ainsi, il est possible que les ACAP augmentent les difficultés psychologiques, par contre cette hypothèse devra être évaluée dans le cadre d'une étude longitudinale, de même que le moment d'apparition de ces difficultés.

Pour ce qui est des facteurs précipitants, les résultats indiquent que 82 % des participant.es n'habitaient pas avec leur famille. Plus de sept participant.es sur dix devaient payer leurs frais d'habitation ce qui entraînait un stress monétaire chez près de 80 % des participant.es. De plus, 44,4 % des répondants travaillent en parallèle à leurs études. La majorité de ceux-ci travaillent en moyenne moins de 20 heures par semaine. En plus de leur investissement académique, environ 55 % de l'échantillon étudient entre 5 et 14 heures par semaine près du tiers étudient plus de 15 heures par semaine. En plus de ces heures accordées aux études universitaires, environ le tiers des étudiant.es-athlètes universitaires de l'échantillon pratiquent leur sport universitaire de sept à neuf heures par semaine, alors que près de 55 % le pratiquent entre dix et quinze heures par semaine et 12 % le pratiquent seize heures ou plus par semaine. Ainsi, il est possible de voir que ces étudiant.es-athlètes universitaires ont un horaire chargé rendant propices les difficultés de conciliation entre les diverses activités entreprises (travail, école, pratique sportive), mais probablement aussi les activités personnelles (relaxation, activités avec les amis et la famille, temps avec le ou la conjointe, le cas échéant). Toutes ses sphères d'occupations, dans lesquelles les étudiant.es-athlètes s'investissent, comptent leurs propres défis et enjeux à surmonter. Ces défis s'ajoutent à ceux inhérents à leur période développementale. Ainsi, il appert évident que les étudiant.es-athlètes universitaires sont confrontés à plusieurs stress. Il serait très intéressant que les études ultérieures considèrent les liens potentiels entre ces stressseurs et la présence d'ACAP.

Il est donc probable que face à un cumul de défis académiques, développementaux et sportifs, certains utilisent les ACAP pour tenter d'avoir un contrôle sur leur situation, mais aussi

pour tenter de s'adapter à ces différents enjeux. Par exemple, 14,4 % des répondants présentent des ACAP de type orthorexique. Les milieux sportifs axent beaucoup sur l'alimentation afin d'optimiser les performances des athlètes (Segura-García et al., 2012). Il est possible que les participant.es de la présente étude, dans une optique de performance sportive, modifient leurs habitudes alimentaires, mais au point d'adopter des comportements de type orthorexique. Ces comportements peuvent répondre à plusieurs besoins personnels et demandes de leur environnement, soit d'améliorer leurs performances sportives, d'adopter les mêmes comportements alimentaires que les autres membres de leur équipe sportive tout en voyant des effets physiologiques (prise musculaire, perte de gras, etc.) augmentant leur confiance en soi. En résumé, les ACAP seraient une manière des étudiant.es-athlètes universitaires visant à s'adapter à leur environnement. De plus, les ACAP pourraient être une stratégie d'adaptation employée pour compenser les vulnérabilités psychologiques identifiées dans la présente étude. Il est donc possible que les difficultés psychologiques et les ACAP agissent de manière transactionnelle, se maintenant et s'augmentant ainsi les uns les autres. Encore une fois, il serait intéressant que ces hypothèses soient validées par des études futures.

Dans le même ordre d'idées, et toujours en lien avec le modèle de Garner (2004), les résultats de l'étude actuelle ont permis de constater que les étudiant.es-athlètes universitaires qui étaient dans l'équipe sportive depuis plus d'un an présentaient davantage d'ACAP que ceux qui étaient dans l'équipe depuis moins d'un an. Ceci peut s'expliquer entre autres par le fait que la collecte de données a été réalisée en septembre, soit au début de l'année scolaire. Ainsi, les étudiant.es-athlètes dans une équipe sportive universitaire depuis moins d'un an auraient rencontré

beaucoup moins de défis adaptatifs que leurs coéquipier.es qui sont dans l'équipe sportive depuis plus d'un an. En ce sens, Voelker, Petrie, Neumann et Anderson (2016) ont pu conclure dans leur étude réalisée auprès d'étudiants-athlètes universitaires féminins que certains types d'ACAP (anorexie et boulimie) ont tendance à persister davantage et qu'ainsi, ces types d'ACAP auraient tendance à être plus résistants au fil d'une saison sportive et à se solidifier lors de la compétition sportive universitaire. Ces auteurs (Voelker et al., 2016) nomment que pour être recrutées et pratiquer un sport dans une équipe universitaire, la plupart des athlètes doivent être hautement qualifiées et s'être entraînées intensivement dans leur sport depuis un jeune âge. Ils soumettent l'idée que lors de ces années de pratique sportive, les athlètes auraient été exposés à des pressions présentes, dans leur environnement sportif, sur l'apparence, leur poids et leur forme corporelle. Vivre ces pressions au travers de l'adolescence et du parcours universitaire peut augmenter les niveaux d'intériorisation de ces pressions, l'insatisfaction corporelle, et ultimement, les troubles alimentaires (Voelker et al., 2016). Ainsi, les pressions véhiculées dans les milieux sportifs le sont par le biais des entraîneurs, des adversaires et des coéquipiers. Ces pistes intéressantes devraient faire l'objet d'études futures.

1.5 Questionnements soulevés

Bien que la présente étude ait permis d'obtenir une vision plus claire des variables psychologiques associées aux ACAP, certaines questions demeurent. Effectivement, en raison du devis utilisé dans le cadre de l'étude actuelle, il est impossible de savoir si les caractéristiques psychologiques associées aux ACAP les prédisposent ou en sont plutôt les conséquences, chez les

étudiant.es-athlètes universitaires. Ensuite, les étudiant.es-athlètes universitaires sont confrontés à un triple défi adaptatif. Il est reconnu dans la littérature que le soutien social est essentiel pour affronter un cumul de demandes d'adaptation chez les jeunes adultes (Bidart, 2008; Cattell, 2001; Collins, Spencer, et Ward, 2010; Paulsen et Berg, 2016; Putnam, 1995; Samuels, 2008; Singer, Berzin et Hokanson, 2013). Effectivement, plus particulièrement chez les jeunes qui présentent certaines vulnérabilités, le soutien social jouerait un rôle déterminant lors du passage à la vie adulte (Bidart, 2008; Collins et al., 2010; Paulsen et Berg, 2016; Samuels, 2008; Singer et al., 2013). Les ressources sociales entraînent plusieurs bénéfices, elles permettent d'assurer le sentiment de sécurité et le soutien des individus en cas de besoin et les réseaux de relations offrent des possibilités permettant d'influencer la trajectoire de vie (Bidart, 2008). Un réseau social est donc une ressource décisive lors du passage à la vie adulte, car il permet de soutenir le jeune, de lui fournir des connaissances, de l'information et de l'expérience (Goyette, 2010). Chez les jeunes qui présentent certaines vulnérabilités, le réseau social améliorerait notamment leur résilience, leur capacité d'adaptation et réduirait le stress vécu (Collins et al., 2010; Greeson, 2013; Osgood, Foster et Courtney, 2010). Ainsi, il apparaît essentiel d'évaluer aussi cette variable en relation avec les ACAP chez la population qu'est les étudiant.es-athlètes universitaires pour améliorer la compréhension des facteurs de risque et de protection des ACAP et ainsi offrir des traitements et des programmes de préventions adaptés aux triples enjeux qu'ils traversent.

2. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

2.1 Forces

La présente étude a permis de combler plusieurs des limites des études similaires réalisées auprès d'étudiant.es-athlètes universitaires. Pour débiter, l'étude actuelle considère l'ensemble des types d'ACAP. Ainsi, les comportements et attitudes sous-cliniques de l'anorexie mentale, de la boulimie nerveuse, des accès hyperphagiques, de l'orthorexie et de la dysmorphie musculaire ont été considérés. Cette façon de procéder a permis de ressortir la proportion d'étudiant.es-athlètes universitaires qui présente cet ensemble inclusif d'ACAP, mais aussi de voir la proportion d'entre eux qui présente chacun des types d'ACAP. Ainsi, parmi les types d'ACAP, l'orthorexie est ressortie comme étant la proportion la plus élevée chez cette population. Ensuite, parmi les vingt études recensées, seize évaluaient une à deux caractéristiques psychologiques (Anderson et al., 2011 ; Berry et Howe, 2000 ; Bravata et al., 2003 ; Bullard et al., 2015 ; Chatterton et al., 2017 ; Engel et al., 2003 ; Gaines et Burnet, 2014 ; Holm-Denoma et al., 2009 ; Milligan et Pritchard, 2006 ; Petrie et al., 2014 ; Reinking et Alexander, 2005 ; Schwarz et al., 2005 ; Sears et al., 2012 ; Shriver et al., 2016 ; Williamson et al., 1994 ; Wollenberg et al., 2015) alors que les quatre autres études ont évalué entre trois et cinq variables psychologiques (Galli et al., 2014 ; Petrie et al., 2007 ; 2009a ; 2009b). La présente étude a permis d'évaluer 24 caractéristiques psychologiques, donc d'offrir un portrait plus complet de la problématique, mais aussi de pouvoir observer quelles variables psychologiques sont les plus associées aux ACAP. Plus précisément, le fait que cette étude évalue l'association de l'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux en regard aux ACAP a permis d'obtenir un portrait plus complet et actuel de cette problématique chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Effectivement, les études recensées étaient parvenues à des résultats

contradictaires en ce qui a trait à l'intériorisation des idéaux de beauté sociétaux (Anderson et al., 2011 ; Chatterton et al., 2017 ; Petrie et al., 2009b ; Sears et al., 2012). Finalement, la détresse psychologique n'avait pas été évaluée par les études recensées, donc l'inclure dans la régression a engendré de nouvelles connaissances.

Pour finir, l'étude actuelle compte un échantillon mixte, tout comme trois des études recensées (Bravata et al., 2003 ; Engel et al., 2003 ; Milligan et Pritchard, 2006). La proportion d'hommes de l'étude est de 28,6 % ce qui est proche à deux de ces trois études qui avaient respectivement des proportions d'hommes de 32 %, 61 % et 44 %. La proportion élevée de participants masculins dans l'étude d'Engel et al. (2003) peut s'expliquer par leur grand nombre de participants dans l'équipe de football (uniquement masculine), représentant 26,6 % des participant.es de leur échantillon. Cette mixité de l'échantillon a permis de réaliser des comparaisons selon le sexe. Ces comparaisons se sont toutes révélées non significatives à l'exception des proportions des types d'ACAP présentés. Ces résultats non significatifs peuvent s'expliquer par le manque de puissance en lien avec la proportion de participants masculins et féminins présentant chacun des types d'ACAP.

Ensuite, dans le cadre de l'étude, des outils reconnus dans la littérature ont été employés autant pour mesurer les ACAP que les caractéristiques psychologiques. En effet, l'Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3 : Garner, 2004), le Questionnaire for a diagnosis of orthorexia (ORTO-15 : Donini et al., 2005), le Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI : Hildebrandt et al., 2004) sont des outils largement utilisés dans la littérature pour évaluer les TCA et les ACAP.

De même, les outils évaluant les caractéristiques psychologiques permettent aussi d'assurer une validité à l'étude actuelle : le Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3 : Thompson et al., 2004) et les échelles portant sur les caractéristiques psychologiques de l'EDI-3. Seul un outil employé n'est pas couramment utilisé dans la littérature, mais il a été retenu pour ses qualités psychométriques acceptables : l'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ : Prévillle et al., 1992). Pour terminer, les étudiant.es-athlètes universitaires recrutés pratiquent plusieurs sports. Ainsi, cette variété de profils sportifs permet de généraliser les résultats à une grande population d'étudiant.es-athlètes universitaires québécois.es.

2.2 Limites

Le taux de participation obtenu dans cette étude est relativement faible (31,6 %) comparativement aux études qui ont, elles aussi, utilisé la complétion de questionnaires internet auprès d'étudiants universitaires. Elles ont obtenu des taux de participations de 55,5 % (Eisenberg, Golberstein et Gollust, 2007) et de 45,5 % (Mortier, Auerbach, Alonso, Bantjes, Benjet, Cuijpers et al., 2018). Parmi les études recensées, trois (Anderson et al., 2011 ; Sears et al., 2012 ; Shriver et al., 2016) ont rapporté leurs taux de participation qui étaient respectivement de 91 %, 6,32 % et 83 %. Parmi ces études, seule celle de Sears et al. (2012) avait utilisé le mode de complétion en ligne. Les participants des deux autres études devaient remplir les questionnaires sous format papier lors d'un moment prédéfini par les entraîneurs et chercheurs. Dans l'étude de Sears et al. (2012), comme dans l'étude actuelle, les participant.es avaient reçu le questionnaire par courriel et n'avaient pas de moment précis à leur horaire, organisé par les chercheurs ou les entraîneurs,

afin de participer à l'étude. Ceci peut, entre autres, expliquer les faibles taux de participations, car la clientèle n'était pas captive. De plus, cette limite peut s'expliquer par la longueur du questionnaire en ligne, soit sa longue durée (45min à 60min) et son nombre élevé de questions (Cook, Heath et Thompson, 2000) comparativement à une durée de 25 à 35 minutes pour l'étude de Shriver et al. (2016) qui étaient les seuls à avoir précisé la durée de complétion de leurs questionnaires. D'ailleurs, basé sur la recension de Fan et Yan (2010), un temps de complétion de treize minutes et moins est considéré comme la longueur idéale pour avoir un bon taux de participation auprès d'étudiants universitaires (Asiu, Antons et Fultz, 1998; Handwerk, Carson et Blackwell, 2000), ce qui n'était pas du tout le cas de l'étude actuelle avec sa durée de complétion de 45 à 60 minutes. Ainsi, considérant la méthode de recrutement employée dans le cadre de l'étude actuelle, le taux de participation de 31,6 % semble plus qu'acceptable. Une comparaison de ce taux de participation avec celui de 6,32 % de l'étude de Sears et al. (2012) peut en attester. Toutefois, malgré l'échantillon du nombre appréciable de 133 participant.es, des analyses par sports n'ont pas pu être réalisées en raison du grand nombre de sports évalué et à la plus faible participation des étudiant.es-athlètes universitaires dans certains sports.

Ensuite, le calcul des scores pour les ACAP en lien avec l'objectif 2 (présence/absence d'ACAP) est basé sur la validation de l'EDI-3 (Garner, 2004) qui a été effectuée auprès de femmes adultes de la population générale (18 à 54 ans) dans l'étude de Clausen et al. (2011). Ce choix repose sur le fait que malgré les recherches effectuées, il a été impossible de trouver d'études validant l'EDI-3 sur une population générale mixte. Ceci peut induire un biais dans la présente étude étant donné que, comme il a été relevé plus haut, les hommes et les femmes présentent des

différences quant au type d'ACAP présenté. En conservant ces mêmes seuils pour les hommes et les femmes, il est possible qu'il y ait eu de faux positifs ou de faux négatifs chez les hommes. De même, le MDDI (Hildebrandt et al., 2004) n'a été validé qu'auprès d'hommes pratiquant la musculation (Hildebrandt et al., 2004). Toutefois, comme cet outil comptait les meilleures qualités psychométriques et que parmi les autres outils évaluant la dysmorphie musculaire, aucun n'avait été validé auprès des femmes, le MDDI a été retenu. À nouveau, le score seuil validé auprès des hommes ne permet peut-être pas de discriminer de manière tout autant efficace la présence de symptômes de dysmorphie musculaire chez les femmes.

De plus, aucun contrôle n'a été effectué en lien avec les épisodes de TCA actuels ou passés des participant.es de l'étude. Effectivement, les ACAP comportaient des scores seuils, mais ne comportaient pas de scores limites. Ceci signifie que pour les questionnaires, lorsque le score minimal était atteint, les participant.es étaient classés dans la catégorie avec ACAP. Par contre, si ce score dépassait celui des TCA, les participant.es n'ont pas été reclassés dans une catégorie TCA ou exclus des analyses statistiques réalisées. Ainsi, il est possible que certains participant.es aient présenté des TCA plutôt que des ACAP, ceci n'a pas été considéré dans les analyses.

Aussi, l'un des outils employés, l'IDPESQ (Prévile et al., 1992), comporte de bonnes qualités psychométriques pour son score global, mais ses qualités psychométriques sont faibles quant à ses sous-échelles.

3. RETOMBÉES CLINIQUES

Ce projet de recherche entraîne des retombées concrètes pour l'intervention psychoéducative. Effectivement, il a permis d'observer qu'au Québec, les ACAP sont une problématique bien réelle, touchant 20 % des étudiant.es-athlètes universitaires. Plus précisément, cette étude est parvenue à ressortir cinq caractéristiques psychologiques qui distinguent les étudiant.es-athlètes universitaires présentant des ACAP (ascétisme, régulation émotionnelle, aliénation interpersonnelle, problèmes cognitifs et estime de soi) et à en cibler une (le surcontrôle) qui est plus fortement associée à cette problématique. Ces difficultés permettent de mieux comprendre ce que vivent les étudiant.es-athlètes présentant des ACAP et ainsi leur offrir des services plus ajustés à leurs besoins et leur situation.

D'ailleurs, il est important d'intervenir rapidement et même de développer des programmes de prévention des ACAP, considérant les conséquences associées aux ACAP et du risque de glissement élevé vers les TCA (Anderson et Petrie, 2012 ; Boyd et Bee, 2017 ; Greenleaf et al., 2009 ; Hoerr et al., 2002 ; Papalia et Feldman, 2014 ; Sanford-Martens et al., 2005 ; Solmi et al., 2014 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004), lesquels sont d'ailleurs synonymes de mauvais pronostic (APA, 2015 ; Ozier et Henry, 2011 ; Roux et al., 2013 ; Steinhausen, 2009). Or, il appert que très peu de programmes de prévention des ACAP sont destinés aux étudiant.es-athlètes universitaires. En effet, Bar et al., (2016) relèvent dans une recension des écrits scientifiques que les programmes portant sur la réduction des TCA, autant préventifs que curatifs, s'attardent peu aux étudiant.es-athlètes de niveau universitaire.

Toutefois, il appert que les programmes interactifs qui encouragent plusieurs modes de communication, qui ciblent plusieurs acteurs (étudiant.es-athlètes, entraîneurs et administration sportive) et qui sont administrés par des professionnels ont des effets plus prometteurs sur le rétablissement des étudiant.es-athlètes présentant des ACAP (Bar et al., 2016). Arthur-Cameselle et Quatromoni (2014) ont aussi ciblé des facteurs aidant au rétablissement d'étudiantes-athlètes universitaires qui présentaient des TCA. Ces auteurs ont découvert que le désir d'être suffisamment en santé pour performer dans le sport, le soutien social et les changements dans les valeurs et croyances facilitent le rétablissement. Parmi ces trois variables, celle qui prédit le plus le rétablissement est le désir d'être suffisamment en santé pour performer dans le sport (Arthur-Cameselle et Quatromoni, 2014). Associer un traitement axé sur ces variables et la diminution des caractéristiques psychologiques associées aux ACAP permettrait de bâtir des programmes de prévention ciblée prometteurs. Dans leur guide sur la prévention et l'intervention associées aux ACAP chez les étudiants-athlètes universitaires féminins, Zotter et Reel (2013) ont apporté plusieurs recommandations. Tout d'abord, ils recommandent que les entraîneurs bannissent les pesées d'équipe de leurs pratiques, qu'ils évitent les commentaires sur le poids ou le corps de leurs athlètes, qu'ils suivent des formations sur la performance et les besoins nutritionnels et qu'ils s'assurent d'avoir les références de professionnels spécialisés en troubles des conduites alimentaires, en abus de substances et en traitement de problèmes de santé mentale. Du côté des étudiantes-athlètes, ces auteurs recommandent qu'elles soient découragées de faire des commentaires orientés sur leur poids ou apparence ou sur ceux des autres, qu'elles puissent elles-mêmes choisir leur uniforme et leur grandeur afin qu'elles s'y sentent à l'aise et finalement, qu'un

système de mentorat par les pairs soit établi afin d'améliorer leur image corporelle par des modèles positifs et par des discussions d'équipe portant sur des sujets actuels (ex : alimentation intuitive, rôle de la génétique sur l'apparence, etc.).

Dans une même optique préventive et curative des ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires, la présente étude permet de proposer plusieurs recommandations. Tout d'abord, les interventions devraient viser à soutenir les étudiant.es-athlètes universitaires face à leur grand ascétisme, leurs difficultés de régulation émotionnelle, d'aliénation interpersonnelle, de problèmes cognitifs et d'estime de soi tout en accordant une attention particulière au surcontrôle. Par exemple, des efforts devraient être mis en place pour discuter des objectifs sportifs des étudiant.es-athlètes afin de s'assurer qu'ils soient ajustés à leurs capacités actuelles. Ainsi, au début de chaque saison sportive, il serait intéressant que l'entraîneur discute avec chacun de ses athlètes pour aborder leurs objectifs personnels. Une réévaluation de ces objectifs doit aussi être prévue régulièrement afin que des ajustements soient portés face aux éléments contextuels entourant l'athlète (ex. : arrivée d'examens importants, déménagements, ruptures amoureuses, blessures, problèmes de santé mentale, etc.). Ces rencontres avec l'entraîneur permettraient de faire le point sur la situation de l'étudiant.e-athlète (difficultés tels le manque de régulation émotionnelle, l'ascétisme, l'aliénation interpersonnelle, le surcontrôle, la faible estime de soi et les problèmes cognitifs), d'ajuster les demandes face à sa performance et de lui fournir un soutien adéquat en le référant à des professionnels au besoin. Pour finir, des discussions d'équipe pourraient être établies régulièrement au début ou à la fin des entraînements afin de discuter de sujets tels les techniques de gestion du stress, relativisation des idéaux de beauté sociétaux, discussion sur l'alimentation

intuitive, parler des ressources d'aide psychologique lors de périodes de stress (compétitions, examens finaux), etc. Dans une optique plus réactive, il semble essentiel de conscientiser les entraîneurs à ce que sont les ACAP, à leurs diverses manifestations ainsi qu'à leurs conséquences afin qu'ils soient en mesure de les apprécier chez leurs étudiant.es-athlètes universitaires. Ceci permettrait d'orienter rapidement les étudiant.es-athlètes qui présentent des ACAP à des professionnels spécialisés. Avec le partenariat des entraîneurs, ces professionnels pourront travailler au développement de stratégies d'adaptation plus adéquates que l'utilisation d'ACAP pour obtenir un sentiment de contrôle face aux stressseurs associés au triple défi adaptatif dont les étudiant.es-athlètes universitaires sont confrontés. En résumé, l'ensemble de ces recommandations favorisera l'adaptation des étudiant.es-athlètes universitaires.

CONCLUSION

La présente étude a permis d'observer que les ACAP touchent 19,5 % des étudiant.es-athlètes universitaires de l'échantillon. Aussi, des différences significatives ont été observées entre les participant.es. Ceux présentant des ACAP avaient significativement plus d'ascétisme, de difficulté de régulation émotionnelle, d'aliénation interpersonnelle, de problèmes cognitifs et une plus faible estime de soi que ceux ne présentant pas d'ACAP. Finalement, l'étude a permis d'observer les variables psychologiques les plus associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. En contrôlant pour le sexe, plus un ou une étudiant.e-athlète universitaire aurait de surcontrôle, plus il ou elle présenterait un score d'ACAP élevé ($p \leq 0,034$). Le sexe et le surcontrôle expliquent 36,3 % de la variance ($p \leq 0,01$), le surcontrôle expliquant davantage la problématique.

Ces résultats ainsi que la méthode de l'étude ont permis de combler certaines des limites de la littérature. En effet, l'ensemble des types d'ACAP a été évalué (anorexie, boulimie, accès hyperphagiques, orthorexie et dysmorphie musculaire). De plus, grâce aux nombreuses variables psychologiques évaluées dans le cadre de cette étude, un portrait plus complet de la problématique a pu être dressé et il a été possible d'observer les variables les plus associées aux ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires. Cette étude a aussi permis d'évaluer une variable psychologique (détresse psychologique) qui n'avait pas été couverte par les études antérieures auprès de cette problématique chez cette population spécifique. Les questionnaires employés pour évaluer les variables psychologiques ainsi que les ACAP ont toutes été sélectionnées pour leurs bonnes

qualités psychométriques. Finalement, l'échantillon mixte de l'étude a permis de réaliser quelques comparaisons selon le sexe et comme il compte des étudiant.es-athlètes universitaires de profils sportifs variés, une généralisation à une plus grande population d'étudiant.es-athlètes universitaires québécois est possible.

Toutefois, l'étude actuelle compte aussi certaines limites. Ainsi, plusieurs recommandations sont émises pour les études futures. Afin d'obtenir un taux de participation plus élevé, il serait important de prévoir un moment à l'horaire (ex. : au début d'un entraînement) avec les entraîneurs et les étudiant.es-athlètes pour remplir le questionnaire en ligne. L'obtention d'un plus haut taux de participation permettrait d'avoir un nombre suffisant de participant.es par équipe sportive et ainsi de pouvoir réaliser des comparaisons par sport. Idéalement, il serait intéressant d'évaluer tous les types d'ACAP avec des outils reconnus validés tant auprès des hommes que des femmes. Aussi, il serait important de contrôler pour la présence de TCA, car il existe une différence entre les ACAP et les TCA sur le plan de leur intensité, gravité et fréquence ce qui peut probablement entraîner des différences dans leurs associations à des variables psychologiques. Finalement, il serait intéressant de réaliser des études longitudinales afin de pouvoir observer si les caractéristiques psychologiques sont des facteurs de risque ou plutôt des conséquences des ACAP chez les étudiant.es-athlètes universitaires.

L'étude actuelle a permis de faire plusieurs recommandations cliniques applicables concrètement dans les milieux sportifs universitaires. Dans une optique de prévention, il est conseillé que les entraîneurs et leurs étudiant.es-athlètes prennent un moment en début de saison

pour discuter en dyade des objectifs de l'étudiant.e-athlète afin de les rendre concrets et réalistes et de régulièrement effectuer ces rencontres au cours de la saison sportive afin de les ajuster au besoin. De plus, il est essentiel de conscientiser les entraîneurs à la problématique des ACAP afin qu'ils en connaissent les manifestations et les conséquences. Ceci permettra de repérer des étudiant.es-athlètes plus à risque et de leur offrir un soutien supplémentaire en discutant avec eux ou en les référant à des professionnels spécialisés. Finalement, des discussions d'équipe ponctuelles pourraient être établies au travers des entraînements afin de discuter de sujets importants comme les techniques de gestion du stress, de l'alimentation intuitive, des ressources d'aide disponibles et des idéaux de beauté sociétaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allen, K.L., Byrne, S.M., Oddy, W.H. et Crosby, R.D. (2013). Early onset binge eating and purging eating disorders: Course and outcome in a population-based study of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1083–1096.
- Anderson, C. et Petrie, T.A. (2012). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among NCAA Division I female collegiate gymnasts and swimmers. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 85(1), 120–124.
- Anderson, C.M., Petrie, T.A. et Neumann, C.S. (2011). Psychosocial correlates of bulimic symptoms among NCAA Division-I female collegiate gymnasts and swimmers/divers. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33(4), 483–505.
- American Psychiatric Association—APA. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – cinquième édition*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association— APA. (2011). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arthur-Cameselle, J.N. et Quatromoni, P.A. (2014). Eating disorders in collegiate female athletes: Factors that assist recovery. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(1), 50-61.
- Asiu, B. W., Antons, C. M. et Fultz, M. L. (1998). *Undergraduate perceptions of survey*

- participation: Improving response rates and validity*. Paper presented at The Annual Meeting of the Association of Institutional Research, Minneapolis, Minn.
- Bağcı Bosi, A.T., Camur, D. et Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite*, 49, 661–666.
- Bar, R.J., Cassin, S.E. et Dionne, M.M. (2016). Eating disorder prevention initiatives for athletes: A review. *European Journal of Sport Science*, 16(3), 325- 335.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T. et Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 269-276.
- Bartrina, J.A. (2007). Orthorexia or when the healthy diet becomes an obsession. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 57, 313–315.
- Beck, A.T., Steer, R.A. et Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Berry, T.R. et Howe, B.L. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23(3), 207- 218.
- Bidart, C. (2008). Dynamiques des réseaux personnels et processus de socialisation : évolutions et influences des entourages lors des transitions vers la vie adulte. *Revue française de sociologie*, (3), 559-582.

- Blumenberg, C. et Barros, A. J. D. (2018). Response rate differences between web and alternative data collection methods for public health research: a systematic review of the literature. *International Journal of Public Health*, 63(6), 765- 773. doi:10.1007/s00038-018-1108-4
- Bo, S., Zoccali, R., Ponzo, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A. et Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of Translational Medicine*, 12, 221- 221.
- Bonci, C.M., Bond, L.J., Granger, L.R., Johnson, C.L., Malina, R.M., Milne, L.W. et Vanderbunt, E.M. (2008). National athletic trainers' association position statement: Preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *Journal of Athletic Training*, 43(1), 80- 108.
- Boujut, É. et Décamps, G. (2012). Relations entre les émotions négatives, l'estime de soi, l'image du corps et la pratique sportive des étudiants de première année. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(1), 16-23.
- Boyd, D. et Bee, H. (2017). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain* (traduit par J. Andrews, C. Lord et F. Gosselin) (5^e éd.). Montréal : « Édition du renouveau pédagogique Inc.
- Bratland-Sanda, S. et Sundgot-Borgen, J. (2012). Symptoms of eating disorders, drive for muscularity and physical activity among Norwegian adolescents. *European Eating*

Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association, 20(4), 287- 293.

Braun, D.L., Sunday, S.R., Huang, A. et Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 415–424.

Bravata, E.A., Storch, E.A. et Storch, J.B. (2003). Correlations among Symptoms of Depression and Problematic Eating Patterns in Intercollegiate Athletes. *Psychological Reports*, 93(3), 1243- 1246.

Brytek-Matera, A., Donini, L.M., Krupa, M., Poggiogalle, E. et Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(2), 1-8.

Bullard, J.A. (2015). The Impact of Eating Disorder Risk on Sports Anxiety and Sports Confidence in Division III Female Athletes. *The Sport Journal*, 18, (n. p.).

Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K. et Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman’s test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86- 94.

Carlat, D.J., Camargo, C.A. et Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 15(4), 1127–1132.

Carter, J.E. et Rudd, N.A. (2005). Disordered eating assessment for college student athletes. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 14, 62–75.

- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501-1516. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00259-8
- Celio, C.I., Luce, K.H., Bryson, S.W., Winzelberg, A.J., Cuning, D., Rockwell, R. et Taylor, C.B. (2006). Use of Diet Pills and Other Dieting Aids in a College Population with High Weight and Shape Concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 492- 497.
- Chatterton, J., Petrie, T.A., Schuler, K.L. et Ruggero, C. (2017). Bulimic Symptomatology Among Male Collegiate Athletes: A Test of an Etiological Model. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 39(5), 313–326.
- Christie, H., Tett, L., Cree, V.E. and McCune, V. (2016). “It All Just Clicked”: A Longitudinal Perspective on Transitions Within University, *Studies in Higher Education*, 41(3), 478–490.
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O. et Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 101- 110. doi:10.1007/s10862-010-9207-4
- Cohen, D. L. et Petrie, T. A. (2005). An Examination of Psychosocial Correlates of Disordered Eating among Undergraduate Women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 52(1–2), 29–42.

- Collins, M. E., Spencer, R. et Ward, R. (2010). Supporting youth in the transition from foster care: formal and informal connections. *Child Welfare*, 89 (1), 125-143.
- Cook, C., Heath, F. et Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in Web- or Internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 821–836.
- Cook, S.J., MacPherson, K. et Langille, D.B. (2007). Far from ideal: Weight perception, weight control, and associated risky behaviour of adolescent girls in Nova Scotia. *Canadian Family Physician*, 53(4), 678-684.
- Cooley, E. et Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28- 36.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. et Fairburn, C.G. (1987). Development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 48– 494.
- Currie, A. (2010). Sport and Eating Disorders—Understanding and Managing the Risks. *Asian Journal of Sports Medicine*, 1(2), 63- 68.
- Dalley, S.E. et Buunk, A.P. (2011). The motivation to diet in young women: Fear is stronger than hope. *European Journal of Social Psychology*, 41(5), 672- 680.
- DeBate, R.D., Severson, H.H., Cragun, D.L., Gau, J.M., Merrell, L.K., Bleck, J.R. et Hendricson, W. (2013). Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Education Research*, 28(3), 472-487.

- de Bruin, A.P.K., Oudejans, R.R.D., Bakker, F.C. et Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: the contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 19(3), 201- 215.
- de Bruin, A.P.K., Bakker, F.C. et Oudejans, R.R.D. (2009). Achievement goal theory and disordered eating: Relationships of disordered eating with goal orientations and motivational climate in female gymnasts and dancers. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), 72- 79.
- Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., ... Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 55- 65. doi:10.1007/s40519-017-0460-3
- Dell'Osso, Liliana, Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., ... Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di Psichiatria*, 7.
- DiPasquale, L.D. et Petrie, T.A. (2013). Prevalence of Disordered Eating: A Comparison of Male and Female Collegiate Athletes and Nonathletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 7(3), 186- 197.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. et Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10(3), 28-32.

- Dunn, T.M. et Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Dunn, J., Lewis, V. et Patrick, S. (2010). The idealization of thin figures and appearance concerns in middle school children. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 15, 134–143.
- Engel, S.G., Johnson, C., Powers, P.S., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Wittrock, D.A. et Mitchell, J.E. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4(4), 333- 343.
- Eisenberg, D., Golberstein, E. et Gollust, S. E. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population, *Medical Care*, 45(7), 594 601.
- Farenga, S. (2018). Early struggles, peer groups and eventual success: an artful inquiry into unpacking transitions into university of widening participation students. *Widening Participation & Lifelong Learning*, 20(1), 60–78.
- Fairweather-Schmidt, A.K., Lee, C. et Wade, T.D. (2015). A longitudinal study of midage women with indicators of disordered eating. *Developmental Psychology*, 51(5), 722- 729.
- Fan, W. et Yan, Z. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 132- 139. doi:10.1016/j.chb.2009.10.015
- Ferraro, F. R., VanDyke, D. et Staples, C. (2015). Executive Function Index (EFI) performance and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 16, 31–33.

- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: A review. *Adolescent Medicine*, 14(1), 149-158.
- Fitzsimmons-Craft, E.E., Harney, M.B., Brownstone, L.M., Higgins, M.K. et Bardone-Cone, A.M. (2012). Examining social physique anxiety and disordered eating in college women. The roles of social comparison and body surveillance. *Appetite*, 59(3), 796–805.
- Foreyt, J.E. et Mikhail, C. (1997). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans E.J. Mash et L.G. Terdal (dir.), *Assessment of childhood disorders* (p. 683-716). New York: The Guilford Press.
- French, S.A. et Jeffery, R.W. (1994). Consequence of dieting to lose weight: Effect on physical and mental health. *Health Psychology*, 13, 195–212.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. et Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
- Gaines, S.A. et Burnett, T.B.S. (2014). Perceptions of Eating Behaviors, Body Image, and Social Pressures in Female Division II College Athletes and Non-Athletes. *Journal of Sport Behavior*, 37(4), 351- 369.
- Galli, N., Petrie, T.A., Greenleaf, C., Reel, J.J. et Carter, J.E. (2014). Personality and psychological correlates of eating disorder symptoms among male collegiate athletes. *Eating Behaviors*, 15(4), 615- 618.
- Gan, W.Y., Mohd Nasir, M.T., Zalilah, M.S. et Hazizi, A.S. (2012). Psychological distress as a

mediator in the relationships between biopsychosocial factors and disordered eating among Malaysian university students. *Appetite*, 59(3), 679-687.

Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631– 1635.

Garner, D.M. (1991). *Eating disorders inventory-2*. Odessa, Floride : Psychological Assessment Resources.

Garner, D.M., Olmstead, M.P. et Polivy, J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 14–34.

Garner, D.M., Olmstead, M.R., Bohr, Y. et Garfinkel, R.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.

Garner, D.M. et Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279.

González-Martí, I., Bustos, J.G., Jordán, O.R., Mayville, S.B. (2012). Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: escala de satisfacción muscular. *Body Image*, 9, 517–523.

Gouvernement du Québec (2018). *Portail santé mieux-être : alimentation saine et équilibrée*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/alimentation->

saine-et-equilibree/>. Consulté le 4 avril 2018.

Goyette, M. (2010). Dynamiques relationnelles des transitions à la vie adulte. *Redes revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(4), 83-106.

Gratz, K. et Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

Greenleaf, C., Petrie, T.A., Carter, J. et Reel, J.J. (2009). Female Collegiate Athletes: Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors. *Journal of American College Health*, 57(5), 489- 496.

Greeson, J. K. P. (2013). Foster Youth and the Transition to Adulthood: The Theoretical and Conceptual Basis or Natural Mentoring. *Emerging Adulthood*, 1(1), 40-51. doi: 10.1177/2167696812467780

Grossbard, J.R., Atkins, D.C., Geisner, I.M. et Larimer, M.E. (2013). Does depressed mood moderate the influence of drive for thinness and muscularity on eating disorder symptoms among college men? *Psychology of Men and Masculinity*, 14(3), 8.

Hart, E.A., Leary, M.R. et Rejeski, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 94–104.

Handwerk, P., Carson, C. et Blackwell, K. (2000). *Online versus paper-and-pencil surveying of*

students: A case study. Paper presented at the Association of Institutional Research Conference, Cincinnati, Ohio.

Hildebrandt, T., Langenbucher, J. et Schlundt, D.G. (2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image, 1*(2), 169– 181.

Hinton, P. et Kubas, K. (2005). Psychosocial correlates of disordered eating in female collegiate athletes: Validation of the ATHLETE questionnaire. *Journal of American College Health, 54*, 149–156.

Hodgson, R.J. et Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy, 15*, 389–395.

Hoerr, S.L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T. et Keast, D.R. (2002). Risk for Disordered Eating Relates to both Gender and Ethnicity for College Students. *Journal of the American College of Nutrition, 21*(4), 307- 314.

Holm-Denoma, J.M., Scaringi, V., Gordon, K.H., Van Orden, K.A. et Joiner, T.E.J. (2009). Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *International Journal of Eating Disorders, 42*(1), 47- 53.

Hutchinson, D.D., Rapee, R.M. et Taylor, A. (2010). Body Dissatisfaction and Eating Disturbances in Early Adolescence: A Structural Modeling Investigation Examining Negative Affect and Peer Factors. *Journal of Early Adolescence, 30*(4), 489-517.

- Ilfeld, F.W. (1976). Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population, *Psychological Report*, 39, 1215–1228.
- Kärkkäinen, U., Mustelin, L., Raevuori, A., Kaprio, J. et Keski-Rahkonen, A. (2017). Do disordered eating behaviors have long-term health-related consequences? *European Eating Disorders Review*. 26(1), 22-28.
- Kong, P. et Harris, L.M. (2015). The sporting body: Body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149(2), 141- 160.
- Krentz, E.M. et Warschburger, P. (2013). A longitudinal investigation of sports-related risk factors for disordered eating in aesthetic sports: Risk factors for disordered eating in sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 23(3), 303- 310.
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E. et Izzic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129- 135.
- Lafrance Robsinson, A., Kosmerly, S., Mansfield-Green, S. et Lafrance, G. (2014). Disordered eating behaviors in an undergraduate sample: Associations among gender, body mass index, and difficulties in emotion regulation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(3), 7.
- Leone, J.E., Sedory, E.J. et Gray, K.A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia

- and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
- Liechty, J.M. et Lee, M. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 790- 800.
- Linnenbrink-Garcia, L. et Pekrun, R. (2011). Students' emotions and academic engagement: introduction to the special issue. *Contemporary Educational Psychology*, 36, 1–3.
- Lipson, S. K. et Sonnevile, K. R. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 US colleges and universities. *Eating Behaviors*, 24, 81–88.
- Martens, R. (1977). *Sports Competition Anxiety Test*. Champaign, Illinois : Human Kinetics.
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P.,... Vives, M. (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273.
- Manfreda, K. L., Berzelak, J., Vehovar, V., Bosnjak, M. et Haas, I. (2008). Web Surveys versus other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *International Journal of Market Research*, 50(1), 79- 104. doi:10.1177/147078530805000107
- Martinsen, M, Bratland-Sanda, S., Eriksson, A.K. et Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine*, 44(1), 70- 76.

- Martinsen, M. et Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine And Science In Sports and Exercise*, 45(6), 1188- 1197.
- Mayfield, K., Tang, L.R. et Bosselman, R. (2014). Nutrition Labeling for Restaurant Menu Items: College Students' Preferences for Nutrition Information and Its Influence on Purchase Intention. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 15(3), 310- 325.
- Mazzeo, S.E. (1999). Modification of an existing measure of body image preoccupation and its relationship to disordered eating in female college students. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 42–50.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L. et Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. Adolescents: Results from the national comorbidity survey replication–adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.
- McCreary, D. R. et Sasse, D. K. (2000). Exploring the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297–304.
- Milligan, B. et Pritchard, M. (2006). The Relationship between Gender, Type of Sport, Body Dissatisfaction, Self-Esteem and Disordered Eating Behaviors in Division I Athletes. *Athletic Insight: The Online Journal of Sport Psychology*, 8(1), 1- 15.
- Mintz, L.B., O'Halloran, M.S., Mulholland, A.M. et Schneider, P.A. (1997). Questionnaire for

eating disorder diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 63–79.

Monthuy-Blanc, J., Gagnon-Girouard, M.P., Thibault, I., Dupont, A., Blier, C., Fortin, K., et al., (2016). *Programme d'intervention intégratif, dimensionnel et transdisciplinaire des troubles du comportement alimentaire*. (Financement CIUSSS-MCQ).

Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. et Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6(1), 11-22.

Nelson, M.C., Story, M., Larson, N.I., Neumark-Sztainer, D. et Lytle, L.A. (2008). Emerging adulthood and college-aged youth: An overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*, 16(10), 2205- 2211.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N.I., Eisenberg, M.E. et Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.

Noordenbos, G., Oldenhove, A., Terpstra, N. et Muschter, J. (2000). Characteristics and treatment history of patients with chronic eating disorders, *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 42(3), 145–155.

Norton, P., Hope, D., Weeks, J. (2004). The physical activity and sport anxiety scale: Scale

development and psychometric analysis. *Anxiety Stress Coping*, 17, 363–382.

Ozier, A.D. et Henry, B.W. (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236- 1241.

Osgood, D. W., Foster, E. M. et Courtney, M. E. (2010). Vulnerable populations and the transition to adulthood. *The Future of Children*, 20(1), 209-229.

Papalia, D.E. et Feldman, R.D. (2014). *Psychologie du développement humain* (Trad. par A, Bève) (8^e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Pascarella, E.T. et Terenzini, P.T. (1991). *How college affects students: Findings and insights from twenty years of research*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

Patton, G.C., Selzer, R., Coflfey, C., Carlin, J.B. et Wolfe, R. (1999). Onset of Adolescent Eating Disorders: Population Based Cohort Study Over 3 Years. *British Medical Journal*, 318(7186), 765-768.

Paulsen, V. et Berg, B. (2016). Social support and interdependency in transition to adulthood rom child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 68, 125-131.

Pekrun, R., Goetz, T., Frenzel, A.C., Barchfeld, P. et Perry, R. (2011). Measuring emotions in students' learning and performance: the Achievement Emotions Questionnaire (AEQ). *Contemporary Educational Psychology*, 36, 36–48.

- Petrie, T.A., Greenleaf, C., Carter, J.E. et Reel, J.J. (2007). Psychosocial correlates of disordered eating among male collegiate athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1(4), 340- 357.
- Petrie, T.A., Greenleaf, C., Reel, J.J. et Carter, J.E. (2009a). Personality and Psychological Factors as Predictors of Disordered Eating Among Female Collegiate Athletes. *Eating Disorders*, 17(4), 302- 321.
- Petrie, T.A., Greenleaf, C., Reel, J.J. et Carter, J.E. (2009b). An Examination of Psychosocial Correlates of Eating Disorders among Female Collegiate Athletes. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 80(3), 621- 632.
- Petrie, T., Galli, N., Greenleaf, C., Reel, J. et Carter, J. (2014). Psychosocial correlates of bulimic symptomatology among male athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(6), 680–687.
- Petrie, T.A., Rogers, R., Johnson, C. et Diehl, N. (1996). *Development and validation of the Beliefs About Attractiveness Scale-Revised*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Petrie, T.A., Tripp, M.M. et Harvey, P. (2002). Factorial and construct validity of the body parts satisfaction scale-revised: An examination of minority and nonminority women. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 213–221.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. et Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia. An

- underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548- 557.
- Postareff, L.L., Mattsson, M., Lindblom-Ylänne, S. et Hailikari, T. (2017). The complex relationship between emotions, approaches to learning, study success and study progress during the transition to university. *Higher Education*, 73(3), 441–457.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Les cahiers de la recherche. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Putnam, R. D. (1995). Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America. *PS: Political Science and Politics*, 28(4), 664-683.
<https://doi.org/10.2307/420517>
- Quick, V.M. et Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(1), 53–63.
- Racette, S., Deusinger, S., Strube, M., Highstein, G. et Deusinger, R. (2004). Weight changes, exercise and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health*, 53(6), 245-51.
- Racette, S., Deusinger, S., Strube, M., Highstein, G. et Deusinger, R. (2008). Changes in Weight and Health Behaviors from Freshman through Senior Year of College. *Journal of*

Nutrition Education & Behavior, 40(1), 39- 42.

Rhee, K.E., Appugliese, D.P., Prisco, A., Kaciroti, N.A., Corwyn, R.F., Bradley, R.H. et Lumeng, J.C. (2010). Controlling Maternal Feeding Practices Associated with Decreased Dieting Behavior in Sixth-Grade Children. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 619-623.

Reinking, M.F. et Alexander, L.E. (2005). Prevalence of Disordered-Eating Behaviors in Undergraduate Female Collegiate Athletes and Nonathletes. *Journal of Athletic Training*, 40(1), 47- 51.

Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 453- 458. doi:10.1007/s40519-018-0535-9

Rodriguez, N.R., DiMarco, N.M. et Langley, S. (2009). Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and athletic performance. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), 509- 527.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Rousseau, A., Valls, M. et Chabrol, H. (2010). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Étude de validation de la version française. =

Validation of the French version of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3). *L'encéphale*, 36(4), 270-276.

Roux, H., Chapelon, E. et Godart, N. (2013). Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 39(2), 85-93.

Samuels, G. M. (2008). *A reason, a season, or a lifetime: Relational permanence among young adults with foster care backgrounds*. Chicago, Ill: Chapin Hall Center or Children at the University of Chicago.

Sakin Ozen, N., Ercan, I., Irgil, E. et Sigirli, D. (2010). Anxiety Prevalence and Affecting Factors Among University Students. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22(1), 127-133.

Sanford-Martens, T.C., Davidson, M.M., Yakushko, O.F., Martens, M.P. et Hinton, P. (2005). Clinical and Subclinical Eating Disorders: An Examination of Collegiate Athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 17(1), 79- 86.

Santaracchi, E., Dèttore, D., 2012. Muscle dysmorphia in different degrees of body-building activities: validation of the Italian version of Muscle Dysmorphia Disorder Inventory and Bodybuilder Image Grid. *Body Image*, 9(3), 396–403.

Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994). Revised Life Orientation Test. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.

- Schur, E.A., Sanders, M., Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Schwarz, H.C., Gairrett, R.L., Aruguete, M.S., et Gold, E.S. (2005). Eating Attitudes, Body Dissatisfaction, and Perfectionism in Female College Athletes. *North American Journal of Psychology*, 7(3), 345- 352.
- Sears, L.A., Tracy, K.R. et McBrier, N.M. (2012). Self-esteem, body image, internalization, and disordered eating among female athletes. *Athletic Training & Sports Health Care: The Journal for the Practicing Clinician*, 4(1), 29- 37.
- Segura-García, C., Papaiani, M.C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C.G., Bombardiere, L. et Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders*, 17(4), 223- 233.
- Shriver, L.H., Wollenberg, G. et Gates, G.E. (2016). Prevalence of Disordered Eating and Its Association With Emotion Regulation in Female College Athletes. *International Journal of Sport Nutrition & Exercise Metabolism*, 26(3), 240–248.
- Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R.H., Timko, C. et Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles*, 19, 219–232.
- Silliman, K., Rodas-Fortier, K. et Neyman, M. (2004). A survey of dietary and exercise habits and perceived barriers to following a healthy lifestyle in a college population. *Californian*

Journal of Health Promotion, 2(2), 10-19.

Singer, E.R., Berzin, S.C. et Hokanson, K. (2013). Voices of former foster youth: Supportive relationships in the transition to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 35, 2110-2117.

Sinton, M.M. et Birch, L.L. (2005). Weight status and psychosocial factors predict the emergence of dieting in preadolescent girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 346-354.

Smith, R.E., Smoll, F.L., Cumming, S.P. et Grossbard, J.R. (2006). Measurement of multidimensional sport performance anxiety in children and adults: the Sport Anxiety Scale-2. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 28, 479-501.

Smolak, L., Murnen, S.K. et Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 371- 380.

Solmi, F., Hatch, S., Hotopf, M., Treasure, J. et Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1335- 1346.

Stassen Burger, K. (2010). *Psychologie du développement* (Trad. S. Bureau) (2e éd.). Montréal: Modulo.

Stein, K.F., Chen, D.-G. (Din), Corte, C., Keller, C. et Trabold, N. (2013). Disordered eating behaviors in young adult Mexican American women: Prevalence and associations with

health risks. *Eating Behaviors*, 14(4), 476- 483.

Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225–242.

Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal Psychiatry*, 159(8): 1284 - 1293.

Stice, E. (1998). Relations of restraint and negative affect to bulimic pathology: A longitudinal test of three computing models. *The International Journal of Eating Disorders*, 23, 243–260.

Stice, E. et Shaw, H.E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin ideal of women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288–308.

Stice, E. et Bearman, S.K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 1–11.

Stochel, M., Janas-Kozik, M., Zejda, J.E., Hyrnik, J., Jelonek, I. et Siwiec, A. (2015). Validation of ORTO-15 Questionnaire in the group of urban youth aged 15-21. *Psychiatria Polska*, 49(1), 119-134.

Striegel-Moore, R.H. et Bulik, C.M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.

- Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., May, A. et Kraemer, H.C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471- 474.
- Suffolk, M.T., Dovey, T.M., Goodwin, H., Meyer, C. (2013). Muscle dysmorphia: methodological issues: implications for research. *Eating Disorders*, 21, 437–457.
- Sundgot-Borgen, J. et Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25–32.
- Thelen, M.H., Mintz, L.B. et Vander Wal, J.S. (1996). The Bulimia Test-Revised: Validation with DSM-IV Criteria for Bulimia Nervosa. *Psychological Assessment*, 2, 219–221.
- Thompson, J.K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A.S. et Heinberg, L.J. (2004). The sociocultural attitudes toward appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *International Journal of Eating Disorder*, 35(3), 293–304.
- Torstveit, M.K., Rosenvinge, J.H. et Sundgot-Borgen, J. (2007). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study: Eating disorders in athletes and controls. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108- 118. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x
- Torstveit, M.K., Rosenvinge, J.H. et Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108- 118.

- Trigwell, K., Ellis, R.A. et Han, F. (2012). Relations between students' approaches to learning, experienced emotions and outcomes of learning. *Studies in Higher Education*, 37, 811–824.
- Van Strien, T. Frijters, J.E.R, Bergers, G.P.A. et Defares, P.B. (1986). Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 161–169.
- Van Strien, T., Frijters, J.E.R., Van Staveren, W.A., Defares, P.B. et Deurenberg, P. (1986). The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 747–755.
- Varangis E., Folberth W., Hildebrandt T., and Langenbucher J. (2012). *Confirmatory Factor Analysis for the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory among Male Appearance and Performance Enhancing Drug Users*. Communication presented at the International Conference on Eating Disorders. Austin, TX, États-Unis.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. et van Furth, E.F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 103- 111.
- Vealey R.S., Hayashi, S.W., Garner-Holman, M. et Giacobbi, P. (1998). Sources of sport-confidence: Conceptualization and instrument development. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20, 54-80.
- Voelker, D.K., Petrie, T.A., Neumann, C.S. et Anderson, C. M. (2016). Psychosocial factors as

- longitudinal predictors of bulimic symptomatology among female collegiate athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 26, 123–129.
- von Ranson, K. M., Klump, K. L., lacono, W. G. et McGue, M. (2005). The Minnesota Eating Behavior Survey: A brief measure of disordered eating attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 6(4), 373–392.
- Vust, S. (2012). *Quand l'alimentation pose problème : ni anorexie ni boulimie : les troubles alimentaires atypiques*. Médecine et hygiène.
- Wade, T.D., Wilksch, S.M. et Lee, C. (2012). A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychology*, 31(3), 352- 359.
- Watson, D. et Clark, L.A. (1992). Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 489–505.
- Watson, D., Clark, L. A. et Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Williamson, D.A. (1990), *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., Jackman, L.P., Anderson, D.A., Funsch, C.L. et Rabalais,

- J.Y. (1994). Structural Equation Modeling of Risk Factors for the Development of Eating Disorder Symptoms in Female Athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 387- 393.
- Wollenberg, G., Shriver, L.H. et Gates, G.E. (2015). Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating Behaviors*, 18, 1- 6.
- Yu, Z., Indelicato, N.A., Fuglestad, P., Tan, M., Bane, L. et Stice, C. (2018). Sex differences in disordered eating and food addiction among college students. *Appetite*, 12(9), 12-18.
- Zotter, D. et Reel, J. (2013). Effective prevention programs in college and university settings. Dans L. H. Choate (Ed.), *Eating disorders and obesity: A counselor's guide to prevention and treatment*. (p. 241–263). Alexandria, VA: American Counseling Association.

ANNEXE A. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Tableau 8. Caractéristiques des études recensées

Auteurs	Échantillon (étudiant.es-athlètes)			Devis	ACAP	Caractéristiques psychologiques	Analyse selon le sexe
	N=	% femmes	Âge moyen	Transversal	Outils de mesure	Outils de mesure	
Anderson et al. (2011)	414	100	19,14	x	BPSS-R BSQ-10-R DIS DRES BULIT-R	SATAQ-3 PANAS-X	-
Berry et Howe (2000)	46	100	19,5	x	DEBQ	RSES MSCAT	-
Bravata et al. (2003)	57	68	20,0	x	EDI	BDI-II	x
Bullard (2015)	60	100	NA	x	EAT-26	SAS-2 SSCQ	-
Chatterton et al. (2017)	698	0	19,87	x	DIS DMS BULIT-R	SATAQ-3 PANAS-X	-
Engel et al. (2003)	1445	39	19,97	x	EDI-2	RSES	-

Gaines et Burnet (2014)	58	100	20,8	x	EAT-26	RSES	-
Galli et al. (2014)	203	0	20,29	x	QEDD	MPS LOT-R REI RSES	-
Holm-Denoma et al. (2009)	43	100	19,0	x	EDI	PASAS	-
Milligan et Pritchard (2006)	176	56	19,84	x	EAT-26	RSES	x
Petrie et al. (2009a)	204	100	20,16	x	QEDD	MPS LOT-R RSES	-
Petrie et al. (2009b)	442	100	19,68	x	QEDD	MS BAA-R	-
Petrie et al. (2007)	199	0	20,3	x	QEDD BULIT-R	MS	-
Petrie et al. (2014)	203	0	20,29	x	BULIT-R DMS BPSS-R DIS	PANAS	-
Reinking et Alexander (2005)	84	100	19,7	x	EDI	EDI-2	-
Schwarz et al. (2005)	55	100	20,53	x	EAT-26	EDI (SE)	-

Sears et al. (2012)	398	100	19,88	x	QEDD	RSES SATAQ	-
Shriver et al., 2016	151	100	19,5	x	EAT-26 MEBS	DERS	-
Williamson et al. (1994)	98	100	19,6	x	IDED BSQ	ASA SCAT	-
Wollenberg et al. (2015)	151	100	19,5	x	EAT-26	DERS	-

Note: ACAP=Attitudes et comportements alimentaires problématiques, NA=non applicable, BPSS-R=Body Parts Satisfaction Scale-Revised¹, BSQ-10-R=Body Shape Questionnaire-Revised², DIS=Dietary Intent Scale³, DRES=Dutch Restrained Eating Scale⁴, BULIT-R=Bulimia Test Revised⁵, SATAQ-3=Sociocultural attitudes towards appearance scale-3⁶, PANAS-X=Positive and negative affect schedule-expanded form⁷, DEBQ=Dutch Eating Behavior Questionnaire¹, RSES=Rosenberg's self-esteem scale⁹, MSCAT=Marten's Sport Competition Anxiety Test¹⁰, EDI=Eating disorder inventory¹¹, BDI-II=Beck depression inventory II¹², EAT=Eating attitudes test¹³, SAS-2=Sport Anxiety Scale-2¹⁴, SSCQ=Sources of Sport-Confidence Questionnaire¹⁵, DMS=Drive for Muscularity Scale¹⁶, EDI-2=Eating disorder inventory 2¹⁷, QEDD=Questionnaire for eating disorder diagnoses¹⁸, MPS=Multidimensional perfectionism scale¹⁹, LOT-R=Life orientation test revised²⁰, REI=Reasons for exercise inventory²¹, PASAS=Physical activity and sport anxiety scale²², EAT-26= Eating attitudes test²³, MS=Mood scale²⁴, BAA-R=Beliefs about

¹Petrie, Tripp et Harvey, 2002 ; ²Mazzeo, 1999 ; ³Stice, 1998 ; ⁴Van Strien, Frijters, Van Staveren, Defares et Deurenberg, 1986 ; ⁵Thelen, Mintz et Vander Wal (1996) ⁶Thompson et al., 2004 ; ⁷Watson et Clark, 1992 ; ⁸Van Strien, Frijters, Bergers et Defares, 1986 ; ⁹Rosenberg, 1965 ; ¹⁰Martens, 1977 ; ¹¹Garner, Olmstead et Polivy, 1983 ; ¹²Beck, Steer et Brown, 1996 ; ¹³Garner et Garfinkel, 1979 ; ¹⁴Smith, Smoll, Cumming et Grossbard, 2006 ; ¹⁵Vealey, Hayashi, Garner-Holman et Giacobbi, 1998 ; ¹⁶McCreary et Sasse, 2000 ; ¹⁷Garner, 1991 ; ¹⁸Mintz, O'Halloran, Mulholland et Schneider, 1997 ; ¹⁹Frost, Marten, Lahart et Rosenblate, 1990 ; ²⁰Scheier, Carver, Bridges, 1994 ; ²¹Silberstein, Striegel-Moore, Timko et Rodin, 1988 ; ²²Norton, Hope et Weeks, 2004 ; ²³Garner, Olmstead, Bohr et Garfinkel, 1982 ; ²⁴Stice et Shaw, 1994 ; ²⁵Petrie, Rogers, Johnson et Diehl, 1996 ; ²⁶Thelen, Mintz et Vander Wal, 1996 ; ²⁷Watson et Clark et Tellegen, 1988 ; ²⁸Von Ranson, Klump, Lacono et McGue, 2005 ; ²⁹Williamson, 1990 ; ³⁰Williamson et al., 1994 ; ³¹Cooper, Taylor, Cooper et Fairburn, 1987 ; ³²Martens, 1977 ; ³³Gratz et Roemer, 2004.

attractiveness scale-revised²⁵, BULIT-R=Bulimia test revised²⁶, PANAS=Positive and Negative Affective States Scale²⁷ ; MEBS=Minnesota Eating Behavior Survey²⁸, IDED=Interview for diagnosis of eating disorders²⁹, ASA=Athletic self-appraisal³⁰, BSQ=Body shape questionnaire³¹, SCAT=Sport competition anxiety test³², DERS=Difficulties in emotion regulation scale³³

ANNEXE B. SPORTS PRATIQUÉS PAR LES ÉTUDIANT.ES-ATHLÈTES UNIVERSITAIRES

Tableau 9. Sports pratiqués par les étudiant.es-athlètes universitaires

Sports						Auteurs/années														
	Anderson et al. (2011)	Berry et Howe (2000)	Bravata et al. (2003)	Bullard (2015)	Chatterton et al. (2017)	Engel et al. (2003)	Gaines et Burnet (2014)	Galli et al. (2014)	Holm-Denoma et al. (2009)	Milligan et Pritchard (2006)	Petrie et al. (2009a)	Petrie et al. (2009b)	Petrie et al. (2007)	Petrie et al. (2014)	Reinking et Alexander (2005)	Schwarz et al. (2005)	Sears et al. (2012)	Shriver et al. (2016)	Williamson et al. (1994)	Wollenberg et al. (2015)
Basketball		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x
Natation	x	x		x	x	x		x	x		x	x	x	x	x		x		x	
Soccer		x		x	x			x	x	x	x	x		x	x			x		x
Volleyball				x	x	x	x	x			x	x	x	x	x				x	
Tennis					x	x				x	x	x	x				x	x	x	x
Cross-country					x	x	x					x		x	x		x	x		x
Gymnastique	x					x				x	x		x				x		x	
Athlétisme					x		x	x			x	x	x	x				x		x
Hockey sur gazon		x									x	x		x	x					
Ski de fond						x		x			x	x	x							
Cheerleading								x			x	x	x	x				x	x	x
Golf					x			x		x	x		x	x			x	x		x
Plongeon	x			x	x			x			x	x	x	x			x			
Course sur piste						x				x							x		x	
Balle molle				x			x		x		x	x			x			x		x

Caractéristiques psychologiques étudiées													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sears et al. (2012)		x													x
Shriver et al. (2016)						x	x								
Williamson et al. (1994)										x	x				
Wollenberg et al. (2015)							x								